Juan Carlos Tealdi DIRECTOR

Diccionario latinoamericano de bioética







www.redbioeticaunesco.org.mx

Diccionario Latinoamericano de Bioética

Diccionario Latinoamericano de Bioética

Juan Carlos Tealdi
Director







Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Diccionario latinoamericano de bioética / dir. Juan Carlos Tealdi. –Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008

xxviii, 660 p.

ISBN: 978-958-701-974-2

1. Bioética – Diccionarios 2. Ciencias de la vida - Diccionarios I. Tealdi, Juan Carlos – dir.

CDD-21 174.95703 / 2008

DICCIONARIO LATINOAMERICANO DE BIOÉTICA
Publicado en 2008 por:
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)
y Universidad Nacional de Colombia
Bajo la dirección de Alya Saada, Consejera Regional de Ciencias Sociales y Humanas

ISBN: 978-958-701-974-2

Preparación editorial e impresión
Universidad Nacional de Colombia, UNIBIBLOS
Luis Ignacio Aguilar Zambrano, Director
dirunibiblo_bog@unal.edu.co

Impreso en Colombia

En memoria de José María Cantú,
pionero de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética,
insigne y respetado genetista internacional.
Pidió que la paz fuera un valor mayor de toda bioética.

Contenido

Prefacio

Héctor Gros Espiell

Profesor Emérito de la Universidad de la República (Uruguay). Fue miembro del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO, Juez de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, y Delegado Permanente del Uruguay ante la UNESCO.

El prefacio de una obra que, como es el caso del Diccionario Latinoamericano de Bioética, contendrá, además de un prólogo, una presentación general y una introducción, ha de estar destinado solamente a contener unas palabras preliminares o preambulares escritas por alguien que, como yo, no ha participado en la planificación del libro, pero que ha colaborado en él con la elaboración de la conceptualización de un vocablo y que ha admirado el trabajo de realización y la finalización del proyecto.

Estas palabras preliminares, escritas por quien ha llegado a la bioética desde el derecho, la ética y la política y la vida internacional, que no es un científico –pero que tiene la plena conciencia del carácter necesariamente multidisciplinario de la bioética, en la que confluyen la ciencia, la tecnología, la medicina, las ciencias de la salud, la ética, el derecho, la sociología y la política–, sólo quieren destacar con una mirada externa, pero comprometida, el valor y la significación de esta obra. Pero no pueden ni quieren, estas palabras, eludir la cálida felicitación.

Primero, por ser un esfuerzo colectivo hecho desde Latinoamérica. Con conciencia de toda la significación humana, social y política que esto implica y de lo que para América Latina apareja hoy, y sobre todo debe significar en el futuro, la bioética para el desarrollo integral, para el progreso general de la Región y para el bienestar de todos los latinoamericanos.

Segundo, por ser un trabajo para la promoción y el impulso, dejando de lado un neutralismo que, disfrazado de cientificismo, es inaceptable para una concepción actual, humana y social de la bioética y de las inaplazables necesidades individuales y colectivas de Latinoamérica.

Tercero, por la amplitud conceptual de la temática que incluye, pero no es reduccionista sino por el contrario generosamente expansiva y omnicomprensiva, en beneficio de los seres humanos y de la sociedad.

Por todo esto, creo que el diccionario está llamado a tener una gran recepción y un efecto positivo y cierto sobre la bioética en América Latina. Será un aporte regional, necesario y actual, a una materia que, por su esencia, es universal.

La superación de una visión estrecha y obsoleta que no tiene en cuenta los aspectos sociales –la salud, la producción y acceso a los medicamentos, los servicios médicos y sociales, la alimentación, el agua y la pobreza, las discriminaciones y las violaciones de los Derechos Humanos– tiene en este libro un ejemplo destacable y digno de elogio.

Yo diría que esta empresa, concebida, pensada y completada gracias a Juan Carlos Tealdi, a su férrea voluntad, y realizada como consecuencia de la cooperación de una

red de investigadores, científicos y maestros latinoamericanos, cultivadores de las más diversas disciplinas, es, finalmente, un aporte al integral y necesario reconocimiento, real y efectivo, de la dignidad humana, a cuyo servicio debe estar la bioética, que tiene que ser la gran palanca para el progreso científico, social y humano que nunca puede ser ajeno a las exigencias de la libertad.

Presentación

Volnei Garrafa

Presidente del Consejo Directivo de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO/REDBIOÉTICA; Profesor Titular y Coordinador de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Brasilia, Brasil; Editor de la *Revista Brasileira de Bioética*.

El *Diccionario Latinoamericano de Bioética* es el quinto libro producido por la *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO* (REDBIOÉTICA) en el corto espacio de tiempo de cuatro años. Bajo la coordinación de Juan Carlos Tealdi –destacada figura científica del contexto internacional de la bioética– los organismos públicos, universidades y otras instituciones académicas pueden ahora disfrutar de una obra que, además de original y pionera, redirecciona en buen camino las verdaderas bases conceptuales –la epistemología– de una bioética realmente útil, comprometida y necesaria para la región.

La *REDBIOÉTICA*, después de algunas reuniones preliminares realizadas en Cuba y México en el año 2001, y otra decisiva desarrollada paralelamente al Sexto Congreso Mundial de Bioética (*Sixth World Congress of Bioethics*) realizado en Brasilia, Brasil, a fines del año 2002, fue formalmente creada en Cancún, México, el 2 de mayo del año 2003. Entre sus objetivos está la producción y divulgación de conocimientos científicos relacionados con la bioética y especialmente comprometidos con la realidad social, política y cultural de los países y pueblos de América Latina y el Caribe. Después de definir el nuevo *Estatuto epistemológico de la bioética*, muy relacionado con el contexto de la región, publicado inicialmente en idioma español, en México[1], e inmediatamente después en portugués, en Brasil, con el título *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*[2], la Red presentó a los estudiosos e interesados en el asunto las siguientes publicaciones originales: *Ética en la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*[3]; *Panorama sobre la legislación en materia de genoma humano en América Latina y el Caribe*[4]; y *Participación informada en clínica e investigación biomédica*[5].

Algunos grupos más conservadores de estudiosos de la bioética en la región siguen pensando e interpretando nuestros conflictos con mentalidad ajena –generalmente

1. Garrafa, V., Kottow, M., Saada, A. (coords.). *Estatuto epistemológico de la bioética,* México, Universidad Nacional Autónoma de México, REDBIOÉTICA UNESCO, 2005.
2. Garrafa, V., Kottow, M., Saada, A. (orgs.). *Bases conceituais da bioética. Enfoque latino-americano,* São Paulo, Editora Gaia, REDBIOÉTICA UNESCO, 2006.
3. Keyeux, G., Penchaszadeh, V., Saada, A. (coords.). *Ética en la investigación en seres humanos y políticas de salud pública,* Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, REDBIOÉTICA UNESCO, 2006.
4. Saada, A., Valadés, D. (coords). *Panorama sobre la legislación en materia de genoma humano en América Latina y el Caribe,* México, Universidad Nacional Autónoma de México, REDBIOÉTICA UNESCO, 2006.
5. Kottow, M. *Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, REDBIOÉTICA UNESCO, 2007.

anglosajona o española– y mirando tales conflictos en todas sus producciones académicas, reuniones científicas y publicaciones, con esos mismos ojos –muchas veces capaces pero acostumbrados a otros problemas y culturas–. Mientras tanto, el reto de los miembros de la REDBIOÉTICA es pensar los problemas bioéticos constatados en su región con su propia mentalidad, mirar estos problemas también con sus mismos ojos, acostumbrados a las tremendas contradicciones y disparidades sociales constatadas de diferentes maneras en nuestros países.

Tealdi es un reconocido académico que, además de presidir en 1994 el Segundo Congreso Mundial de Bioética (*Second World Congress of Bioethics*) promovido por la International Association of Bioethics en Buenos Aires, tuvo un papel destacado en dos eventos que merecen ser citados. El primero, como representante de entidades médicas argentinas ante la Asociación Médica Mundial, cuando defendió con mucho vigor y competencia la continuidad del contenido original de la *Declaración de Helsinki.* Fue en momentos en que Estados Unidos y otros países desarrollados deseaban cambiarla dramáticamente en sus artículos 19, 29 y 30 con el objetivo mercantilista de "flexibilizar las normas internacionales relacionadas con la ética en la investigación con seres humanos" y de este modo disminuir costos en ensayos clínicos futuros. El segundo, las reuniones preparatorias y finales de construcción de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO (2004-2005)[6]. Como delegado oficial de la República Argentina, conjuntamente con un grupo de delegados de otros países latinoamericanos, africanos y asiáticos, fue una de las voces más vigorosas en defensa de la politización de la nueva agenda bioética mundial, representada por un documento histórico que, además de las cuestiones biomédicas y biotecnológicas, incorporó los temas sanitarios, sociales y ambientales, inclusión fuertemente defendida por las naciones periféricas.

En la ardua tarea solitaria de organizar el *Diccionario*, Tealdi contó con el apoyo y la participación de docenas de investigadores y pensadores de la nueva y libertaria bioética latinoamericana, radicados en diferentes países de la región, todos de su estricta confianza. Para la realización de un trabajo de tamaña envergadura, la base de sustentación fue la definición de los temas por grupos y, en especial, la armonía y coherencia entre las ideas de los diferentes colaboradores, principalmente frente a temas sabidamente conflictivos cuyas visiones morales plurales son amplias y diversificadas.

Sin sombra de duda, el feliz lector que tiene en sus manos esta extraordinaria obra está frente al principal esfuerzo histórico y académico implementado con relación a la bioética en el ámbito del continente latinoamericano y de toda la región.

6. UNESCO. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, París, octubre de 2005.



Prólogo

Alya Saada

Consejera Regional para las Ciencias Sociales y Humanas de la UNESCO para América Latina y el Caribe
Fundadora y Secretaria Ejecutiva de la REDBIOÉTICA/UNESCO

En 1997, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) adoptó el primer instrumento universal de bioética: "La Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos". En ese mismo año, el Consejo de Europa, a través de su Comité Director de Bioética, promulgó la "Convención de los Derechos Humanos y la bioética". Después surgieron otros instrumentos internacionales o regionales cada vez más complejos que proporcionan normas jurídicas y éticas cada vez más precisas, enfocadas a orientar la investigación biotecnológica y biomédica en el respeto a los Derechos Humanos. La última es la "Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos" adoptada por la Conferencia General de la UNESCO en octubre de 2005 con la unanimidad de todos sus Estados Miembros.

La bioética, que surgió inicialmente en Estados Unidos en los años setenta y posteriormente se extendió a los países europeos en los ochenta, ha conocido, desde los noventa hasta la actualidad, un desarrollo que incluye a una gran parte de los países del mundo. Esta evolución se explica por el progreso de las ciencias de la vida y de la salud y por la biotecnología innovativa que han creado situaciones y problemas éticos de nuevo orden, a los cuales las normas y las reglas morales y éticas tradicionales no podían hacer frente. Por otro lado, con la globalización de la economía, en particular la deslocalización de las empresas y de la industria sanitaria y farmacéutica, estos problemas han revestido una dimensión planetaria y, al mismo tiempo, más compleja y más difícil de resolver, teniendo en cuenta la pluralidad de los actores sociales implicados en este proceso y la diversidad, incluso la incompatibilidad de los intereses de los grupos involucrados: las personas en general, los grupos en desventaja, los pacientes, los investigadores, la industria farmacéutica. Muy a menudo son los intereses del mercado los que tienen tendencia a llevarse.

Los adelantos de la ciencia y la tecnología, evidentemente, han acelerado el progreso de las sociedades y mejorado las condiciones de vida de la humanidad en general, lo cual resulta, notablemente, en una gran longevidad, una mejor salud, una mejor alimentación, un acceso a la educación y a la información y otras ventajas que serían largas de enumerar.

No son los conocimientos innegables los que están en cuestión, sino las consecuencias inesperadas y no previstas de este progreso que han inducido las transformaciones sociales, económicas y culturales a nivel global. Esto se traduce, entre otras formas, en las profundas modificaciones de los comportamientos individuales y de las relaciones interpersonales, así como en la caída en desuso de los códigos y de los valores de conducta que rigieron y regularon hasta hoy la vida en sociedad, animando las disfuncionalidades sociales.

Otras transformaciones no menos graves son las concernientes al medio ambiente y a los recursos naturales no renovables, la biodiversidad de las especies animales y vegetales, los recursos de agua potable y la tierra y hasta el aire respirable.

La mundialización de la bioética está acompañada de una ampliación y de una gran diversificación de los problemas abordados. A las cuestiones que podemos considerar como las primeras en plantear problemas como el consentimiento informado, la definición del principio y final de la vida, el aborto, la experimentación biomédica y el trasplante de tejidos y de órganos, se pueden añadir otras más recientes como la reproducción asistida médicamente, la clonación reproductiva o con fines terapéuticos, la terapia de soporte vital, el derecho a una muerte digna, la eutanasia, la desaparición de especies vegetales y animales, el calentamiento del planeta y las catástrofes naturales, la contaminación del aire y la disminución de las reservas de agua potable, los organismos genéticamente modificados y su impacto potencial sobre la salud humana y sobre la biodiversidad. Las últimas cuestiones por aparecer serán de orden social.

El desarrollo de la bioética, la multiplicación de sus áreas de estudio y su complejización creciente son una respuesta a los problemas inéditos surgidos durante los últimos cincuenta años y una tentativa de afrontar los desafíos que se plantean a los individuos y a la sociedad en general. Se actúa ante todo para elaborar normas éticas y jurídicas universales que aspiran a limitar y controlar los abusos en la utilización de las ciencias y las tecnologías asociadas y las biotecnologías, limitar las tendencias invasivas del mercado, impulsar y proteger los derechos fundamentales de las personas y su dignidad y, finalmente, recordar el propósito y la finalidad *primera* del desarrollo, a saber, la mejora de la esperanza y la calidad de vida, la reducción de la pobreza y la realización de las potencialidades personales de todos y de cada uno.

Todo esto tiene sus implicancias sobre el concepto mismo de bioética. Para entender mejor el alcance de las mismas, conviene recordar que el término "bioética" fue formulado por primera vez en 1970 por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter. La bioética, según este, plantea la necesidad de "acompañar el desarrollo científico y tecnológico de una reflexión ética que tome en cuenta de modo muy explícito los valores y la totalidad (la sociedad global y la naturaleza, la biosfera)"[7].

No obstante, como explica muy bien G. Hottois, esta concepción no ha conocido un impacto importante en el desarrollo de la bioética en los Estados Unidos y más tarde en Europa. Se ha centrado más en el individuo, las cuestiones médicas y biomédicas, la relación paciente/médico y la experimentación sobre las personas. Se basa en cuatro principios fundamentales: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Esta concepción, designada como principialista, ha conocido un período próspero hasta el final del siglo pasado, y ha favorecido la toma de conciencia pública de los asuntos éticos ligados al desarrollo científico y tecnológico. Su finalidad consistía en proporcionar los principios universales para resolver los conflictos éticos ligados al desarrollo de las ciencias y de las tecnologías aplicadas principalmente al área de la salud en los países industrializados de economía liberal. El desarrollo de la bioética ha estado acompañado desde el principio por el establecimiento de nuevas instituciones y reglamentaciones para guiar la experimentación y la investigación biomédica a nivel local y nacional. Más tarde nacen las asociaciones de la

7. Hottois, G. *¿Qué es la bioética? Colección Caminos Filosóficos*, Universidad del Bosque, y VRIN, París, 2007, pp. 14-15.

sociedad civil a favor de los derechos del paciente, las asociaciones por la defensa de los animales, del medio ambiente, entre otras. Desde luego, la preocupación ética no estará más reservada a una élite política y científica y se convierte en una preocupación pública.

Con la globalización de la bioética durante los años noventa, podemos ver en los países llamados periféricos, comenzando por América Latina, el surgimiento de otras escuelas de pensamiento y de nuevos temas de preocupación ética que se sitúan en un marco más amplio que el abordado por la bioética principialista. Es el nacimiento de la bioética social el que marca el paso de una bioética fundamentalmente centrada en el individuo a una ética holística *fundada sobre la justicia social y la equidad*, que engloba el derecho a la salud, el acceso a los cuidados y a los tratamientos médicos de calidad, los derechos económicos y sociales, como la eliminación de la pobreza y de la exclusión, el derecho a una vida digna y el derecho a la diversidad y a la pluralidad en tanto que especificidades inherentes a nuestro mundo.

La "Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos" ilustra esta evolución y ofrece un abanico de principios correspondientes a esta ampliación. Sitúa la bioética como una práctica multidisciplinaria y pluralista que se ejerce en el marco de una realidad humana culturalmente plural, socialmente diversa y económicamente desigual. La bioética, en tanto que una ética aplicada, está necesariamente enraizada en esta realidad humana diversa, que explica su carácter a la vez complejo, multidisciplinario, interdisciplinario y plural.

Hay que subrayar que por primera vez en la historia de la bioética se enuncia un marco comprehensivo universal de los principios que deben regir este campo, con una definición amplia de la bioética que incluye la justicia, la responsabilidad social en términos de salud y bienestar colectivo, la preservación del medio ambiente y de la diversidad cultural, además de la lucha contra la pobreza y la exclusión social en todas sus formas.

Este *Diccionario* es un aporte colectivo de la REDBIOÉTICA/UNESCO[8], primera red regional de bioética, creada por iniciativa de la UNESCO en mayo de 2003. La red fue creada con el propósito de promover el estudio y la investigación bioética endógena en la región latinoamericana y del Caribe, de estimular la reflexión bioética acerca del impacto del desarrollo tecnocientífico sobre las condiciones de vida de las poblaciones de la región y de identificar los problemas bioéticos específicos, que es necesario abordar. En tanto que organización internacional de cooperación intelectual que tiene a la ética como el centro de su constitución y su mandato, la UNESCO se dispone a emprender esta acción y a apoyar los esfuerzos y las iniciativas dispersas para darles consistencia, visibilidad y durabilidad. Esta iniciativa fue acogida con entusiasmo por la comunidad intelectual y académica de la región así como por instituciones gubernamentales de ciertos países que han contribuido a su concretización y su éxito.

Desde su creación, la REDBIOÉTICA/UNESCO ha desempeñado un rol pionero en el desarrollo académico de la bioética en América Latina y el Caribe y ha producido diversas publicaciones científicas originales en lengua española: *El estatuto epistemológico de la bioética* (2004), *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública* (2006), *Panorama de la legislación en materia de genoma humano*

8. www.redbioeticaunesco.org.mx

en América Latina y el Caribe (2006), y *Participación informada en clínica e investigación biomédica* (2007).

Asimismo, ha participado de manera determinante en la evolución del concepto de bioética a nivel internacional, como quedó de manifiesto en la "Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos".

Esta obra es el resultado de cuatro años de trabajo y refleja los avances de la bioética en América Latina y el Caribe. Se propone ilustrar la evolución de la bioética desde su nacimiento hasta su desarrollo actual. Es el primer diccionario de bioética que la UNESCO pone a disposición de todos aquellos interesados en la ética y en la bioética. Es un instrumento académico que ofrece una puesta al día de los problemas bioéticos actuales en el mundo. Es, además, un instrumento pedagógico que aspira a aportar nuevas luces en los problemas y a contribuir a una mejor comprensión de la diversidad y la complejidad de los problemas éticos y los desafíos que plantea el desarrollo tecnocientífico de las sociedades actuales.

Agradecemos al doctor Juan Carlos Tealdi, que ha dirigido magistralmente este trabajo, así como a todos los miembros de la REDBIOÉTICA/UNESCO por su contribución a la realización de esta obra. Agradecemos particularmente al Consejo Directivo de la red, bajo la presidencia indefectible del profesor Volnei Garrafa, que ha jugado un papel líder para el desempeño de la bioética en América Latina y el Caribe. Por último, nuestro agradecimiento a la doctora Genoveva Keyeux por su precisa y valiosa colaboración en la coordinación editorial de esta obra.

Introducción

Juan Carlos Tealdi

Director del Programa de Bioética del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires; Asesor en Bioética de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación (Argentina); Presidente de Bio&Sur, Asociación de Bioética y Derechos Humanos.

El Diccionario como proyecto. El proyecto de elaboración del *Diccionario Latinoamericano de Bioética* nació de una de las propuestas presentadas en la fundación de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO. La Red tuvo su origen en una iniciativa regional del organismo internacional y en la necesidad compartida entre muchos de los que trabajábamos en bioética en los países latinoamericanos de pensar y practicar la bioética atendiendo a los problemas de nuestras poblaciones en su contexto histórico y social. Desde su reunión constitutiva, la Red se propuso promover proyectos regionales dirigidos a esos fines. En junio de 2003, especialmente estimulado en la idea por mi colega Miguel Kottow, hice circular entre algunos miembros del Consejo Directivo un marco preliminar y la guía de avances por definir para un anteproyecto que entonces pensaba bajo el título más ambicioso de enciclopedia y que ya contenía la propuesta de una estructuración en grandes "campos" temáticos generales y "entradas" particulares de extensiones acotadas. Para noviembre de 2003 había podido identificar varias de las cuestiones problemáticas que en perspectiva regional se nos presentaban de modo comparativo frente a otras obras de referencia como la *Encyclopedia of Bioethics*, en lengua inglesa, y la *Nouvelle encyclopédie de bioéthique,* editada en francés. Las cuestiones del contexto y la identidad regional en su historia y su cultura, los enfoques críticos de autores latinoamericanos, las relaciones entre individualismo y comunitarismo, el lugar de la justicia, los derechos humanos y el derecho a la salud, las cuestiones del medio ambiente y de la salud pública, la pobreza, la globalización y el bienestar eran tan solo algunos de los emergentes críticos para una bioética regional que dieron lugar a un primer esquema breve de campos y de entradas. En febrero de 2004 y después de alcanzar una dimensión más ajustada de la tarea por desarrollar y sus tiempos, el anteproyecto quedó más definido: la mejor estrategia a seguir era el formato de un diccionario, considerando su elaboración como una etapa para la identificación y el fortalecimiento de relaciones con un grupo amplio y diverso de colaboradores que permitiera continuar en el futuro con un proyecto de más envergadura del tipo de una enciclopedia. También entonces quedaron definidos cincuenta campos temáticos, muchos de los cuales incluían varias entradas y se estimó un tiempo de trabajo mínimo de dos años para la realización formal del proyecto. A finales de junio de 2004 formalicé un contrato con la UNESCO para una primera etapa de preparación de un Diccionario de Términos Críticos de la Bioética en América Latina, cuyo primer borrador debía entregarse con una introducción a cada uno de los cincuenta campos mayores. Después de haber cumplido esa etapa, realicé un extenso relevamiento e intercambio con posibles colaboradores del Diccionario en cada país de América Latina y el Caribe, atendiendo a sus líneas de investigación y publicaciones. Esta tarea me confirmó ampliamente la idea preliminar que tenía sobre la extensa y profunda riqueza regional en autores y temas constitutivos de la bioética cuando estos no referían exclusivamente a especialistas en bioética o a temáticas ya instaladas

como de interés bioético. Durante meses procedí a revisar extensos catálogos de autores e instituciones de toda disciplina relacionada de uno u otro modo con el amplio campo de la bioética: medicina y ciencias de la vida, derecho y ciencias sociales, filosofía y ciencias de la educación, arte y literatura, derechos humanos y política; y comencé a cruzar diversas fuentes de información. La colaboración personal de un cuerpo de consejeros que sugirieron autores y temas, cooperando para contactar a muchos de los colaboradores, resultó fundamental. Así lo hicieron María Luisa Pfeiffer (Argentina), Volnei Garrafa (Brasil), Genoveva Keyeux (Colombia), Miguel Kottow (Chile) y Fernando Cano Valle (México). También resultaron muy valiosas, entre las de muchos otros que compartieron la iniciativa y cooperaron con ella, las referencias dadas por Ricardo Salas Astraín (Chile), Andrés Peralta (República Dominicana) y José Ramón Acosta Sariego (Cuba). A finales de marzo de 2006, un poco antes del tiempo estimado de dos años (que visto desde la complejidad de la magnitud final de la experiencia debería haber sido mayor aún), entregué el material obtenido en la segunda etapa y ordenado en dos partes: una sinóptica que ofrecía una introducción a los grandes campos temáticos, seguida de una parte analítica donde bajo el título de cada campo aparecían las entradas aportadas por cada colaborador. Como los plazos de entrega y revisión de las entradas se habían demorado en el caso de muchos autores que habían confirmado su participación en la obra, algunos de los cuales nunca llegaron a entregar el material anunciado con lo cual quedó afectada la estructura inicial del proyecto, durante el resto de 2006 se trabajó en consolidar todo el material, equilibrar su distribución reduciendo el número de campos y reagruparlo en la forma definitiva que hoy se ofrece, en la que la introducción a cada campo temático va seguida de las entradas correspondientes al mismo. En diciembre de 2006, por gestión de Genoveva Keyeux de la Universidad Nacional de Colombia, con Alya Saada por la UNESCO tuvimos una entrevista preliminar con los editores. Luego de llegar a un acuerdo, 2007 fue dedicado por entero al proceso editorial. Visto en la secuencia de esta cronología y desde el interior del proceso y sus pormenores, el tiempo de realización del Diccionario fue muy aceptable en la perspectiva de su eficacia como producción del texto, pero fue más aceptable aún en el impacto que el proceso mismo de su construcción alcanzó entre nosotros. Por eso creemos que el Diccionario ha significado, aún antes de convertirse en objeto de lectura, un medio poderoso de interrelación y fortalecimiento mutuo entre quienes colaboramos en él para presentar una visión latinoamericana de la bioética.

El fin primario: reflexión crítica y contexto regional. Este Diccionario propone pensar la bioética desde las disciplinas y visiones más diversas como un campo de entrecruzamiento de una reflexión crítica y normativa sobre la vida y el vivir en América Latina. Se toma así una opción amplia y plural en la construcción participativa de un campo que no se limita a un grupo reducido de expertos. El núcleo de interés común, sin embargo, son los aspectos éticos y morales, de valores, principios y virtudes, que problematizan la vida y la identidad, la integridad y la libertad, la atención y el bienestar de las personas y grupos comunitarios de la región. Nos interesan esos problemas regionales porque abren interrogantes sobre el origen, el desarrollo y el final de la vida, y sobre las condiciones de la salud como capacidad para vivir un proyecto de vida armónico y en justicia. Muy frecuentemente se verá que los desarrollos conceptuales se realizan de modo crítico sobre otras visiones de la bioética. Un supuesto inicial de la obra ha sido el considerar que la internacionalización de la bioética tuvo un fuerte influjo angloamericano que condicionó el campo de problemas, términos y lecturas de la misma, destacando algunas cuestiones y omitiendo otras. Resultaba necesario entonces someter a crítica y reconstrucción muchos contenidos de la bioética 'heredada'. Este

objetivo central del Diccionario se extiende por el conjunto de las entradas y se introduce en perspectiva general al comienzo de cada uno de los grandes campos temáticos. Para alcanzar ese objetivo resultó fundamental incorporar aquellas visiones de las ciencias sociales y de las humanidades que enriquecen la reflexión sobre las cuestiones morales de la vida y el vivir humano. Sin embargo, el situacionismo y la contextualización latinoamericana en las perspectivas histórica, social y cultural de la visión bioética que se propone no desconoce y mucho menos niega en alguna suerte de relativismo los contenidos del universalismo ético. El lector podrá observar no solo una presentación amplia en su pluralidad de las muy diversas tradiciones filosóficas y de las concepciones postuladas en bioética, sino también una reiterada defensa de los derechos humanos como universalismo mayor de nuestro tiempo. El reconocimiento y respeto de este universalismo, sin embargo, deja abierta una dinámica plural incesante para la tarea dialéctica de reflexión y crítica en bioética.

La estructura: campos temáticos y entradas. Aunque es frecuente observar que la estructura de un diccionario se basa en un conjunto de entradas ordenadas alfabéticamente que muchas veces señalan otras entradas relacionadas a las que el lector puede acudir para ampliar el área temática en estudio, aquí hemos optado por otro formato. El conjunto general de las 249 entradas incluidas en el Diccionario se ha distribuido en 27 subconjuntos o 'campos temáticos' ordenados alfabéticamente. Hubo varias razones para esta elección. En primer lugar queríamos incluir conceptos o problemáticas que por su carácter original no iban a poder ser imaginadas, para ir en su búsqueda, ni aun por el lector más avezado en temas tradicionales de la bioética. Para citar tan solo algunos ejemplos puede decirse que en los manuales al uso no se observan títulos como "Diversidad lingüística y sistemas de significación", "Origen y presencia del mal en el mundo", "Sistemas normativos indígenas", "Autenticidad y alienación", o "Desaparición forzada de personas", entre tantos otros que en este diccionario ofrecen una convocatoria a pensar la bioética en toda la riqueza de su amplia diversidad posible. El agrupamiento del gran número de entradas en un conjunto mucho menor de campos temáticos, bajo nombres de uso más extendido, permite que el lector fije su atención de búsqueda de modo más fácil y rápido, y pueda encontrar abordajes inéditos para esas problemáticas. En segundo lugar, al destacar como campos temáticos un número menor de términos capaces de agrupar conceptualmente el conjunto general de entradas, podemos mostrar al lector cuáles son las categorías mayores que a nuestro entender han de orientar la reflexión y crítica en bioética. La introducción de campos como "Desarrollo humano y educación", "Hambre y desnutrición", "Identidad", "Pobreza y necesidad", y "Poder", entre otros, destaca conceptos que muchas veces han sido minimizados o simplemente no tratados en la bibliografía bioética corriente. Como un reforzamiento de esta idea ha de entenderse el desdoblamiento de algunos campos temáticos en dos o tres partes que incluyen un gran número de entradas, mostrando con ello un mayor interés, como sucede en "América Latina", "Bienestar", "Bioética", "Justicia y Derechos Humanos", y "Vida y Vivir" que se ofrecen como las categorías mayores para la reflexión en este *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. En tercer lugar, también resultó importante para la estructuración en campos temáticos y entradas, el pensar en la diversidad de lectores posibles para el mismo. La estructura habitual de un diccionario como conjunto general de entradas ordenadas alfabéticamente permite la búsqueda particularizada de temas pero convierte en dificultoso el acceso al conjunto de entradas temáticamente relacionadas que se encuentran dispersas de principio a fin de muchos diccionarios. Por eso al ofrecer de aquí en modo sucesivo las diversas entradas correspondientes a un campo temático, como puede verse por ejemplo bajo el campo "Bioética. 1. Conceptos éticos", el lector tiene la posibilidad de

acceder a la continuidad de ese subconjunto sin necesidad de ir tantas veces a un punto y otro del diccionario. En líneas generales y hasta donde fue posible, esa sucesión de entradas está ordenada con criterios de proximidad y progresividad. Finalmente, también se hace uso de las referencias cruzadas que aparecen en dos alternativas. Por un lado, en medio de cualquier texto y cuando es necesario sugerir la lectura de otra entrada del diccionario se utiliza el modo "(Ver [nombre de la entrada])", por ejemplo "Ver *Democracia*". Sin embargo, también se ha utilizado el modo "(v.)", a continuación inmediata de la mención literal del nombre de una entrada del diccionario, por ejemplo, "atención primaria de salud" o "comités de ética", para no ser reiterativo como sería el señalar "(Ver Comités de Ética)" o "(Ver Atención primaria de salud)".

Fuentes y referencias bibliográficas. Cada entrada del Diccionario va seguida de unas pocas referencias, dadas por el autor de la misma, para enmarcar el contenido correspondiente. Se procura brindar al lector unos recursos mínimos de ampliación y consulta, sin pretender alcanzar una bibliografía exhaustiva. Para la concepción general de la obra y su estructuración en campos temáticos he utilizado diversas fuentes que aparecen citadas al final del Diccionario como referencias generales. Se distinguen en ellas las referencias sobre América Latina de otras referencias de la bibliografía internacional que me han resultado especialmente útiles. Las primeras, que en muchos casos son antiguas y refieren a obras que han tenido múltiples ediciones, aparecen en esos casos simplemente con el autor, título y año de la primera edición pero sin lugar de edición y editorial. Los textos citados, sin embargo, no agotan todo el material que he revisado y mucho menos la inmensa producción bibliográfica que existe sobre bioética. He utilizado también como referencias para la planificación y las introducciones a los campos temáticos, en general y a veces de modo textual y fragmentario, varios de mis trabajos ya publicados o inéditos, en especial los siguientes:

- "Los derechos de los pacientes desde una bioética de los derechos humanos" (Prefacio), en O. Garay, *Derechos Fundamentales de los Pacientes*, Buenos Aires, Ad-Hoc, 2003, pp. 35-55.
- "Ética de la investigación: el principio y el fin de la bioética". *Summa Bioética.* Órgano de la Comisión Nacional de Bioética, México, Año I, Número Especial, septiembre de 2003, pp. 69-72.
- "La bioética latinoamericana: ¿ante un Nuevo Orden Moral?", en M. L. Pfeiffer (ed.). *Bioética: ¿estrategia de dominación para América Latina?*, Mar del Plata, Ediciones Suárez, 2004, pp. 43-58.
- "Para una Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: una visión de América Latina", *Revista Brasileira de Bioética,* Vol. 1, Nº 1, 2005, pp. 7-17.
- "Los principios de Georgetown: análisis crítico", en V. Garrafa, M. Kottow, A. Saada (coords.), *Estatuto epistemológico de la Bioética*, México, UNAM-UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, 2005, pp. 35-54.
- "Estado moderno y Derechos Humanos", ponencia en Mesa Redonda del VI Congreso Brasileiro de Bioética y I Congreso de Bioética del Mercosur, Foz de Iguazú, Brasil, 3 de septiembre de 2005.
- "Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre investigaciones biomédicas", en G. Keyeux, V. Penchaszadeh, A. Saada (coords.), *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública,* Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, 2006, pp. 33-62.

– “El universalismo de la Declaración de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos y su significado en la historia de la bioética”, *Revista Brasileira de Bioética,* Vol. 2, Nº 4, 2006, pp. 468-482.
– “Retos para la bioética en el campo de la salud pública en América Latina”, en S. Franco (ed.), *Bioética y Salud Pública: encuentros y tensiones*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia y UNESCO, 2007, pp. 229-243.
– “Colonialism, Imperialism and the History of Medical Ethics. Latin American Literature”, en R. Baker and L. McCullough (eds.), *A History of Medical Ethics*, Cambridge University Press (aparición en 2008).
– *Bioética de los derechos humanos* (libro en gestión de publicación).

Los autores. En el *Diccionario Latinoamericano de Bioética* han colaborado 184 autores pertenecientes a 16 países de América Latina y el Caribe, a saber: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. La sola enunciación de su número y diversidad resulta sorprendente y nos pone frente a una obra que recoge una amplia participación de autores con visiones muy variadas. Pero de todos ellos se exigió una característica común: que pertenecieran a alguno de los países de América Latina y el Caribe por nacionalidad o por trabajo o pertenencia institucional. Quisimos construir una visión de la bioética que, para ser latinoamericana, fuera pensada ‘desde’ América Latina. Hay una gran variedad generacional entre los mismos. Algunos de los autores son destacadas figuras del pensamiento latinoamericano con una extensa trayectoria académica en las disciplinas particulares que cultivan. Otros muchos pertenecen a la generación intermedia. Pero también han colaborado en el diccionario representantes de una generación más joven que pueden reflexionar desde una aproximación más reciente sobre una bioética ya problematizada en la región. Entre todos ellos configuran una muestra representativa de la bioética en América Latina. Muchos de esos colaboradores proceden de las tres raíces más tradicionales de la bioética: la medicina y las ciencias de la salud, el derecho y las ciencias jurídicas, la filosofía y el pensamiento crítico. Pero otro gran número de autores representan disciplinas que enriquecen y profundizan el campo del pensamiento y la práctica en bioética para hacerlo más claro, coherente y armónico. Entre ellas se encuentran la antropología y la sociología, los estudios literarios y filológicos, las ciencias de la educación y el psicoanálisis, los estudios culturales y religiosos, la ecología y la arquitectura. La inclusión de estas visiones en el Diccionario es una de sus señas de identidad y creemos que también es uno de los aportes más significativos y potentes de nuestra región a la bioética internacional.

Agradecimientos. Muchas instituciones y personas han colaborado para que el *Diccionario Latinoamericano de Bioética* sea una realidad. Los primeros, sin duda, son los autores de cada uno de los textos que dan cuerpo a la obra. Una generalizada respuesta entusiasta a colaborar con el proyecto fue la devolución que recibí a las invitaciones preliminares que cursé cuando había identificado el conjunto de temas y especialistas que podían dar cuerpo al Diccionario. Agradezco a cada uno de ellos su contribución a esta trama policroma de la bioética latinoamericana que hoy podemos ver. A la UNESCO le corresponde asimismo un lugar primordial. A través de su Oficina en México y por mediación de Alya Saada, su Consejera Regional para las Ciencias Sociales y Humanas, su apoyo ha sido decisivo. La idea del diccionario fue presentada y aceptada como una de las iniciativas a ser promovidas por la Red

Latinoamericana de Bioética y el desarrollo del proyecto fue posible con la financiación de la Oficina de la UNESCO en México. El organismo internacional jugó un papel fundamental para el desarrollo de una bioética latinoamericana de pensamiento propio al dar apoyo a las actividades de la Red en general. Y en tanto expresión de ese pensamiento dio un apoyo particular al proyecto de este *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. En medio de un escenario conflictivo de la bioética internacional, donde la postulación del 'doble estándar' había fracturado el consenso universalista de la asociación entre bioética y derechos humanos, supuesto básico de todos los organismos de las Naciones Unidas, el apoyo de la UNESCO al fortalecimiento de una bioética latinoamericana respetuosa del pluralismo, la multilateralidad, la diversidad cultural, los derechos y libertades fundamentales, la justicia y la paz fue coincidente con una visión que quedó expresada en su *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005). Como director del Diccionario y por todos los autores que han colaborado en el mismo agradezco sinceramente que nos hayan ayudado a hacer realidad este proyecto. Vaya también mi agradecimiento para quienes, como ya he mencionado, colaboraron desde el Consejo Editorial o en modo personal: María Luisa Pfeiffer (Argentina), Volnei Garrafa (Brasil), Genoveva Keyeux (Colombia), Miguel Kottow (Chile), Fernando Cano Valle (México), José María Cantú (México), Javier Luna Orozco (Bolivia), Daniel Piedra Herrera (Cuba), Andrés Peralta (República Dominicana), Susana Vidal (Argentina), Ricardo Salas Astraín (Chile), José Ramón Acosta Sariego (Cuba), Teresa Rotondo (Uruguay), Marta Ascurra (Paraguay), y a todos y cada uno de los que por distintos modos me acompañaron en el largo camino de la realización. Debo decir que este es el texto de bioética que yo siempre he querido leer y que no estaba escrito. He tenido la inmensa y afortunada dicha de proyectarlo, aun con la enorme responsabilidad y trabajo que me ha demandado. Ha sido para mí una gran satisfacción el comprobar con su lectura que la bioética en América Latina tiene una desbordante diversidad y riqueza a la que solo cabe hacerla visible en toda su potencia. Creo que el *Diccionario Latinoamericano de Bioética* es una demostración de ello.

América Latina

1. Pensamiento latinoamericano

El término *América Latina* surgió en el siglo XIX para diferenciar la región de países americanos colonizados por España y Portugal, de la América anglosajona representada por Estados Unidos. El carácter latino, en tanto cuestión histórico-cultural, alude al origen común del español y el portugués como lenguas nacionales derivadas del latín, y a la tradición del derecho romano y la religión católica en estos pueblos. El surgimiento del concepto tuvo influencia de Francia, que sostuvo la *latinidad* incluyente de lo francés como noción más amplia que la de *hispanidad* que se cultivaría al hablar de Hispanoamérica, América Hispana o Iberoamérica. La denominación América Latina tuvo rápida difusión y aceptación, y el colombiano José Torres Caicedo fue desde 1861 uno de sus primeros promotores, con una tarea que culminó en su libro *Unión Latinoamericana* (1875). Así, el término supuso una síntesis conceptual para la definición nominal de la identidad regional por su diferenciación con los Estados Unidos. Esto era visible en términos de lengua, derecho, religión, administración colonial, orígenes culturales y hasta por la más cercana fuerza inmigratoria española, portuguesa e italiana. Pese a ello, el pensamiento *indianista* criticó la parcialidad europeísta del concepto y propuso utilizar, en su lugar, la denominación *Indoamérica* para recoger en ella el lugar de los pueblos originarios. También hubo reclamos al reconocimiento de las poblaciones africanas en la configuración de la nueva realidad regional. Además, los rasgos de identidad establecidos por la colonización hispana fueron criticados dada la herencia negativa que los mismos suponían para el surgimiento de nuevas naciones independientes en el siglo XIX. La generación liberal-romántica rioplatense miraba a Europa como centro de la civilización, tal como se expresara en el *Dogma socialista* (1837), pero esa mirada no atendía a la idea de latinidad. Así, el argentino Domingo Faustino Sarmiento (1845) opuso las nuevas concepciones políticas en lo industrial y urbano de la Europa civilizada, contra la tradicional mentalidad bárbara de la España rural y feudal de la colonia. Y hasta Juan Bautista Alberdi, destacado jurista argentino que sentó las bases de la constitución nacional y anticipó la idea de un sistema de paz mundial, y que había sostenido la necesidad de la inmigración para poblar los nuevos países de América ("gobernar es poblar"), al observar que la inmigración dominante era española e italiana y no sajona, llegaría a decir en *Peregrinación de luz del día* (1871) que "*poblar es apestar, corromper, embrutecer cuando se puebla con las emigraciones de la Europa atrasada*".

Detrás de la identidad regional. La identidad latinoamericana, la *latinoamericanidad* y el pensamiento latinoamericano se constituyeron con todos esos elementos en un espacio de potente análisis, debate y crítica política y social, intelectual y filosófica. La preocupación por la identidad de una región que intuitivamente se captaba con claros rasgos distintivos frente a América del Norte tuvo siempre carácter polémico. La conquista (1492-1557), que culminó al sofocar la rebelión de Caupolicán, supuso la destrucción de las tres grandes civilizaciones originarias de aztecas, mayas e incas, y la de numerosos pueblos de menor dimensión. La población de indígenas estimada en sesenta millones al momento del descubrimiento fue reducida a no más de diez millones. La población de México Central fue reducida de veintitrés millones en 1519 a un millón en 1605. Aunque los intentos de restablecer el poder político de esas culturas serían derrotados, como el de Tupac Amaru, los reclamos de aborígenes y campesinos continuarían expresando la realidad de muchas comunidades violentadas por la aculturación. La colonización (1557-1804) implicó a su vez un intenso y siempre conflictivo mestizaje étnico y sociocultural entre blancos, indios y negros. Al final de la etapa colonial la población indígena estancada en diez millones seguía siendo la más populosa, seguida de unos seis millones de mestizos, cuatro millones de negros africanos y cuatro millones de blancos europeos. El siglo de formación de los estados nacionales (1804-1902), desde la independencia de Haití hasta la independencia de Cuba, estuvo marcado por la disputa entre los Estados Unidos y los países europeos por el control político y económico de la región. En la denominación América Latina se expresó esa disputa y si el término tuvo éxito se debió en gran medida a su carácter distintivo frente a la potencia triunfante que fueron los primeros. Después de cuatro siglos y de lo que se considera la mayor catástrofe demográfica en la historia de la humanidad, al final del siglo XIX se recuperó la cifra de sesenta millones de población que fue estimada al momento del descubrimiento. Durante el siglo XX se profundizaría aquella búsqueda crítica de la identidad regional (v. *Pensamiento crítico latinoamericano*).

La continuidad del imperialismo en la región. En 1810, como consecuencia de la inestabilidad política en España, había varios movimientos independentistas en América Latina. El primer país en

declarar su independencia fue Venezuela en 1811 y el último, Cuba, en 1902, aunque este país dejó de ser territorio español en 1898. Los resultados políticos de estos procesos fueron constituciones liberales sobre la base de la Declaración de Independencia de los Estados Unidos en 1776, abolición del comercio de esclavos y libertad de los mismos después de tres siglos, y también una concepción liberal-romántica de inspiración francesa acerca de la libertad de expresión, el libre comercio, la propiedad privada y la libertad de pensamiento e ideas religiosas para cada uno de los ciudadanos en los nuevos estados. Después de la influencia europea previa, llegó el tiempo del imperialismo de Estados Unidos en la región. Este imperialismo se fundó ideológicamente en la doctrina del presidente norteamericano James Monroe, que en 1823 rechazó todo tipo de intervenciones europeas en América mirando a América Latina como un área de influencia de Estados Unidos. América Central y el Caribe fueron los primeros pasos de esta influencia expansionista. Entre 1846 y 1848 Estados Unidos tomó *posesión* de los territorios mexicanos de Texas, Nuevo México y California. En 1895, después de una intervención en un conflicto entre Venezuela e Inglaterra, esta última reconoció el control imperialista de Estados Unidos sobre la región. En 1898, como consecuencia de una guerra previa, hubo una cesión de Cuba –el último territorio español en América– a Estados Unidos que, al mismo tiempo, tomó posesión de Puerto Rico. Hasta la Primera Guerra Mundial hubo intervenciones militares y protectorados de Estados Unidos en Cuba (1898-1903, 1906-1909), Panamá (1903) –con la posesión de la Zona del Canal–, República Dominicana (1905), Nicaragua (1909); México (1914) y Haití (1915). Este creciente control militar y político ejercido durante las décadas siguientes fue desafiado en 1959 por el triunfo de la revolución socialista en Cuba y por los movimientos guerrilleros urbanos y rurales de las décadas de los sesenta y setenta que se inspiraron en ella y que también fueron apoyados por la misma. En respuesta, las dictaduras latinoamericanas de los setenta fueron inducidas, toleradas y apoyadas por Estados Unidos, como en el Plan Cóndor en el Cono Sur, y comenzaron a verse violaciones masivas a los derechos humanos, que mostraron la participación de los médicos en muchos de esos casos.

La construcción axiológica de una bioética regional. El pensamiento y la construcción de lo latinoamericano fue configurándose así sobre diversos ejes y autores (v. *Referencias sobre América Latina*). *El indigenismo y el vivir del campesinado* en Manuel González Prada (1908), Alcides Arguedas (1919), José Carlos Mariátegui (1928), Jorge Icaza (1934), Bernardo Ortiz de Montellano (1935), Víctor Haya de la Torre (1935), Ciro Alegría (1941), Miguel Ángel Asturias (1949), José María Arguedas (1975) y Rigoberta Menchú (1983). *La literatura negra, de la negritud y el esclavismo* en Cirilo Villaverde (1839), Rómulo Gallegos (1937), Adalberto Ortiz (1943, 1967), Aimé Cesaire (1947) y Nicolás Guillén (1973). *El ser mestizo* en José Vasconcelos (1925), Augusto Céspedes (1936), Carlos Fuentes (1962) y Mario Benedetti (1967). *El ser urbano* en Raúl Scalabrini Ortiz (1931), Ezequiel Martínez Estrada (1940) y Juan Carlos Onetti (1950). *La situación del obrero y el proletariado industrial* en Joaquín Edwards (1920), Baldomero Lillo (1904, 1907) y Augusto Céspedes (1946). *La posición revolucionaria y antiimperialista* en Simón Bolívar (1812, 1813, 1815, 1819), José Martí (1891), Fidel Castro (1953), Sergio Almaraz Paz (1966), Marcelo Quiroga Santa Cruz (1972) y Subcomandante Marcos (1996). *La mirada crítica y la denuncia* en José Enrique Rodó (1900), Rubén Darío (1905), Mariano Azuela (1916), Eduardo Galeano (1971) y Rodolfo Walsh (1977). *La novela de dictador* en Juan Bautista Alberdi (1842), Miguel Ángel Asturias (1946), Alejo Carpentier (1974), Augusto Roa Bastos (1974) y Gabriel García Márquez (1975). *La filosofía latinoamericana* en Francisco Romero (1952), Augusto Salazar Bondy (1968) y Leopoldo Zea (1976). *La teología de la liberación* en Gustavo Gutiérrez (1972), Juan Carlos Scanonne (1973), Lucio Gera (1973), Ignacio Ellacuría (1973, 1975, 1990) y Leonardo Boff (1979). *La filosofía de la liberación y la filosofía intercultural* en Enrique Dussel (1983), Germán Marquínez Argote (1977, 1987) y Raúl Fornet-Betancourt (1992, 1994). *La educación para la libertad y la pedagogía del oprimido* en Paulo Freire (1965, 1970). *La sociología y la antropología* en Gilberto Freyre (1936, 1945), Darcy Ribeiro (1970a, 1970b, 1975) y Carlos Rama (1970). *La identidad del ser latinoamericano como conciencia nacional y regiona*l en Rafael Barret (1911), Pablo Neruda (1935, 1950, 1958, 1964), Octavio Paz (1950), Leopoldo Zea (1953), Luis Cardoza y Aragón (1955) y Ernesto Mayz Vallenilla (1955). *El lugar de la mujer, el feminismo y la crítica del machismo* en Sor Juana Inés de la Cruz (1691), Delmira Agustini (1913), Gabriela Mistral (1923), María Eugenia Vaz Ferreira (1925), Alfonsina Storni (1938), Violeta Parra (1970), Frida Kahlo (2002) y Marta Lamas (2002). *La construcción mítica y simbólica de la realidad* en Rómulo Gallegos (1929), Juan Rulfo (1955) y Joao Guimaraes Rosa (1956).

La historia y la diversidad cultural de América Latina señalan así un itinerario particular y fuertemente definido de construcciones axiológicas imprescindibles para la construcción y la práctica de una bioética regional (v. *Ética social, valores y liberación*).

[J. C. T.]

Pensamiento crítico latinoamericano

Ricardo Salas Astraín (Chile) - *Universidad Católica Silva Henríquez*

Definición conceptual, su historia y relevancia internacional. El hecho de adjetivar el pensamiento latinoamericano, en estos tiempos de cierto desencanto, de crítico, puede parecer controversial. Sin embargo, al seguir la propuesta conocida en la tradición filosófica moderna con ello se quiere apuntar, en primer lugar, a precisar que todo pensamiento cuestionador requiere asegurar las formas de justificación de su propia aproximación. En segundo lugar, este adjetivo también llama la atención respecto de problemáticas multidisciplinarias y de cruces categoriales, donde la filosofía aparece en un cruce epistemológico que se asume en los programas de investigación en curso. No se trata, entonces, de contraponer "un pensar crítico" a las formas "ingenuas" de aprehensión de la realidad, sino de un ejercicio que devela las limitaciones de las perspectivas disciplinarias y apunta a ejercer cierto control y cierta validación de las categorías utilizadas por el trabajo intelectual de los investigadores del subcontinente. Por último y, consecuencia de lo anterior, se trata de un pensar filosófico que cuestiona las formas discursivas veladas o encubiertas, tan propias de las ideologías de la dominación, del cinismo imperante y de la negación del otro, que desgarran dramáticamente nuestros mundos de vida, pero que permiten, a pesar de estas limitaciones, la acción responsable de los sujetos individuales y colectivos mediante la que se puede transformar los contextos y, a veces, reconstruir los sueños de emancipación. En este sentido, el pensar crítico fusiona de un nuevo modo varios problemas centrales de la lógica, del lenguaje y del pensamiento que se habían separado. No obstante, aunque este acercamiento no reduce el carácter problemático de tal expresión, en general se está de acuerdo históricamente en que la referencia a "la crítica" ha ido apareciendo de modo incipiente como un concepto en diversos momentos de la historia del pensamiento occidental. Su uso moderno deriva de la especialización dada por la filosofía kantiana a la crítica del conocimiento. Esta noción de tipo epistémico continúa vinculada a la crítica de las ciencias. Así, en el siglo XX se da en torno al cuestionamiento al predominio del positivismo, único modelo de la ciencia y telón ideológico de una sociedad de élites, y alude asimismo al racionalismo "crítico" asociado al falsabilismo popperiano. Pero también adquiere relevancia este adjetivo, en referencia al proyecto de "teoría crítica" que inaugura una "crítica de las ideologías" en la Escuela de Frankfurt, en especial en la filosofía de Horkheimer, Adorno y Habermas. Esta expresión en América Latina aparece fuertemente vinculada al cuestionamiento de las teorías hegemónicas de la "ciencia sin presupuestos" y, en general, a las teorías que no vinculan sus modelos epistémicos con las estructuras vigentes del poder, tal como ocurre en la visión neopositivista o tecnocientífica. Define en este sentido el trabajo de las ciencias sociales críticas, aludiendo, entonces, a una teoría de la dependencia, a una sociología crítica, a una pedagogía crítica, e incluso a una crítica cultural. En este desarrollo de las ciencias sociales y de la filosofía latinoamericana actuales se asocia la crítica al tema de la reflexividad, a saber: un pensar que toma plena conciencia del análisis de segundo orden y la maduración de las propias categorías para explicar y comprender la realidad sociohistórica. Aunque todos los conceptos explicitados acerca de los rasgos propios del pensar "crítico" son problemáticos, se entiende que ello es parte de la propia constitución de un cuestionamiento de un pensar que alude a la realidad sociocultural e histórica. Se trata así de considerar no solo los significados de estas categorías, sino de escrutar su funcionalidad política y axiológica, en medio de los mundos de vida que son mundos históricos, cargados de tensiones sociales, económicas y políticas. Ello permite concluir entonces en la existencia compleja y variada del pensamiento crítico latinoamericano actual. Existencia que requiere reducir la distinción tajante que se ha levantado entre la "filosofía" y la "sabiduría", "la ciencia" y el "saber cotidiano", y el "logos" y el "mito" dentro de la tradición científico-racionalista de Occidente, y que en buena parte sobrevive en el medio universitario, que esconde en su exageración academicista un velo de a-criticidad.

Estado del concepto en América Latina (teórico-práctico). La complejidad sociocultural latinoamericana se enraíza siempre en contextos histórico-vitales específicos; desde esta óptica el pensar crítico está arraigado en medio de acervos de experiencias sociales, de amalgamas de creencias, conocimientos y prácticas que ayudan a germinar una crítica sociocultural de variados contextos de dominación y que posibilita las plurales luchas por el reconocimiento, ya larvadas en las primeras gestas de los patriotas hace 200 años, y presente en las diversas formas de lucha proseguidas en diversos momentos históricos. Entre los científicos sociales se ha acostumbrado a entender el "pensamiento crítico" en oposición a sistemas de pensamiento asociados a la dominación, a la hegemonía política y cultural, y en estos últimos años la teoría política lo opone al "pensamiento único" asociado a la ideología vinculada al proyecto neoliberal que se ha filtrado con el modelo de la globalización. Para la década pasada, Acosta estableció un fuerte vínculo entre el pensamiento crítico de las ciencias sociales de la

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) y del Departamento Ecuménico de Investigaciones (DEI) con la crítica de los regímenes autoritarios. El Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso) ha insistido en la pérdida de identidad del pensamiento crítico latinoamericano en desmedro de saberes sociales técnico-instrumentales. Con esto puede demostrarse que la crítica de los complejos procesos vividos en estas últimas décadas por los países latinoamericanos permitió avanzar en el cuestionamiento de una mirada unilateral de las ciencias sociales y del pensamiento uniformado dentro de las universidades y centros de elaboración intelectual. En este sentido, el pensar crítico alude, en una primera instancia, al desenmascaramiento de una realidad sociopolítica escondida y velada por el autoritarismo y hoy por el pensamiento único.

El papel jugado por la filosofía latinoamericana. Lo que importa subrayar aquí es que existen relevantes propuestas teóricas que ya han clarificado esta problemática de la pluralidad y emergencia de los saberes y de la alienación de ciertos conocimientos, donde es menester reconocer la fecundidad y el papel significativo de algunas obras claves de filósofos ya consagrados. Hace más de tres décadas, el gran aporte fue del filósofo peruano Augusto Salazar Bondy, quien titulaba una pequeña obra en forma de pregunta: *¿Existe una filosofía de Nuestra América?* Esta interrogante, aunque él la respondió negativamente, por la incapacidad de articular el conocimiento con la realidad sociohistórica, ha sido reformulada de diferentes maneras, y es interesante revisar las pluriformes respuestas que se han dado a esta cuestión en el curso de estos treinta últimos años. Haciéndose pronto eco de esta interrogante, respondía un año después el mexicano Leopoldo Zea con su libro *La filosofía americana como filosofía sin más* (1969), donde defendía la idea de que aunque nuestras teorías provenían de otros centros intelectuales de poder habían permitido que el filósofo respondiera a su realidad. Este debate formó parte de la polémica más significativa acerca de este punto en la década de los setenta del siglo pasado. Pero, no solo fue esta una discusión entre un filósofo peruano y uno mexicano, porque esta interrogante también tuvo enorme eco y fue respondida desde diferentes países de acuerdo con la reflexión de los procesos emancipadores de dichos años. Por mencionar uno que ha marcado fuertemente este debate, relacionamos el que se levantó en el contexto politizado argentino, donde tuvo gran relevancia el Manifiesto en pos de una "filosofía de la liberación", donde tuvieron un papel destacado varios pensadores argentinos, que hoy tienen un reconocimiento latinoamericano y mundial. Un estilo que se ha hecho canónico es el de una filosofía de la liberación, desarrollado sistemáticamente en la obra del filósofo Enrique Dussel. Con matices y variantes se encuentra en la obra del filósofo uruguayo Sirio López o en el pensador nicaragüense Alejandro Serrano Caldera o del pensador alemán afincado en Costa Rica, Franz Hinkelammert. Esta forma de entender la filosofía como crítica de la ideología de la dominación es uno de los proyectos filosóficos más prolíficos con relación a la elaboración de una crítica del saber en los contextos de globalización y exclusión. Esta postura liberadora se ha decantado y matizado, al tiempo que se han generado otras formas de pensamiento crítico y alternativo no solo en Argentina, sino en toda América Latina: con fuerza surgió la controversia acerca del problema del "pueblo" entre algunos filósofos, que llevó a Roig a plantear sus reservas y distancias frente a la versión dusseliana. Contra una filosofía desarrollada desde el "otro" levinasiano, se ha destacado la relevancia de las mediaciones históricas y políticas, marcando fuertemente la filosofía latinoamericana, entendida como una teoría y crítica del pensamiento latinoamericano. En este mismo plano de la crítica de las ideas y de la dimensión "utópica" del pensar crítico, es relevante el trabajo en el Centro Coordinador y Difusor de Estudios Latinoamericanos (CCyDEL) de la UNAM, de Cerutti-Guldberg. Desde una versión "inculturada" de la filosofía latinoamericana, presente en Scannone y Picotti, se han aportado también diversas observaciones "críticas" al pensar latinoamericano contextualizado. En los últimos años se difunde la perspectiva de una filosofía intercultural, tal como lo propone el filósofo cubano Fornet-Betancourt. Esta filosofía prosigue una línea de una filosofía arraigada en el saber indígena y popular, tal como la propusieron desde los años sesenta Rodolfo Kusch y Miguel León-Portilla. Entre los chilenos habría que destacar, sobre todo, los aportes críticos de los estudios de E. Devés, N. Osorio y G. Salazar. En el medio colombiano se ha destacado el trabajo del Instituto Pensar en la Pontificia Universidad Javeriana, dirigido por Guillermo Hoyos. Recapitulando, la cuestión de la crítica y de la filosofía latinoamericana en estas tres décadas ha dado origen a importantes direcciones especulativas, teóricas y metodológicas del pensamiento crítico como articulador de saberes. En todas estas diversas expresiones, más allá de sus innegables diferencias y matices, se ha intentado responder, de una forma rigurosa, a la cuestión de las posibilidades y límites de una filosofía latinoamericana, y en todas ellas se tematiza el vínculo entre la reflexión y la crítica, que surge como una cuestión central, no solo para entender el lugar específico de la filosofía en los contextos sociales

y culturales de nuestros países, sino para armar una teoría de la reconstrucción del saber, desde los ámbitos de la reflexividad social básica hasta los niveles más altos de la crítica sociocultural.

Posición crítica del autor. En síntesis, la cuestión de la crítica surge por doquier en esta rápida panorámica de los saberes desplegados en los últimos treinta años, pero ella no es exclusiva de la sola filosofía, y podría ampliarse al conjunto de todo el pensamiento latinoamericano lo cual incluye las ciencias sociales y humanas, que de un modo u otro han intentado reflexionar críticamente acerca del paradigma de la modernización, de la modernidad y de la identidad cultural, por mencionar solo tres temas relevantes. En este sentido, la crítica de la filosofía latinoamericana presupone también responder por las relaciones profundas que tiene el pensar filosófico con las ciencias sociales, en especial la sociología, la economía, la teoría política, la bioética y actualmente la teoría de la comunicación. El pensar crítico no se condensa entonces en una propuesta única, sino que refiere a un "pensar crítico", interlógico y multifacético, manifestado en diversas racionalidades hermenéuticas, como las de los saberes locales, de las ciencias sociales, de la filosofía y de la teología latinoamericanas. Hay entonces un proceso reflexivo y crítico en los sujetos y movimientos sociales que no aceptan y cuestionan la hegemonía de un pensamiento único hegemónico, y que puede ser incorporado a la racionalidad de las ciencias hermenéuticas críticas. En este sentido, el pensar crítico no puede desprenderse del despliegue de sentido que transmite la propia reflexividad de la cultura y de la sociedad latinoamericana, donde ella aparece íntimamente relacionada con la historia, la política, la bioética, la literatura, las artes y las teorías de la comunicación. Pensar críticamente no es algo propio de la filosofía, sino de otras formas de racionalidad presentes en nuestras culturas latinoamericanas; lo propio de la filosofía es llevarlo a la máxima claridad de un trabajo conceptual. Pero la cuestión referida al conjunto del pensamiento crítico latinoamericano exige explicitar un aspecto más crucial acerca del saber, porque, a veces entre los filósofos y los cientistas sociales, hay un tipo de incomprensión acerca del espacio propio de la conciencia crítica como algo que se reduce solo a los intelectuales profesionales de la crítica. Justamente un aporte de este pensamiento, al modo practicado por las tendencias señaladas, es que no puede desconocerse el papel de los diferentes tipos de sujetos que reflexionan y cuestionan la realidad social y cultural latinoamericana, por ejemplo en los líderes indígenas, en los movimientos obreros y campesinos, en los cantantes y artistas. El pensar crítico es parte de una actividad cultural que está presente en las diferentes tradiciones culturales.

Referencias

Y. Acosta, *Las nuevas referencias del pensamiento crítico en América Latina*, Montevideo, Universidad de la República, 2003. - Y. Altez, "De la hermenéutica a la crítica cultural", en *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, Vol. 10, Nº 2, 2004, pp. 73-80. - S. Castro-Gómez y R. Mendieta (eds.), *Teorías sin disciplina: latinoamericanismo, postcolonialidad y globalización en debate*, México, Ed. Porrúa, 1998. - E. Del Búfalo y E. Paredes, *El pensamiento crítico latinoamericano*, México, Ed. Nueva Sociología, 1979. - E. Dussel, "Europa, modernidad y eurocentrismo", en *La colonialidad del saber* (E. Lander, ed.), Buenos Aires, Unesco, 2003. - F. Hinkelammert, *El nihilismo al desnudo*, Santiago, LOM, 2001. - R. Fornet-Betancourt, *Crítica intercultural a la filosofía latinoamericana*, Madrid, Ed. Trotta, 2004. - A. Pizarro, *Pensamiento crítico y crítica de la cultura en Hispanoamérica*, Alicante, Instituto de Cultura, 1990. - A. Roig, *Ética del poder y moralidad de la protesta*, Mendoza, Ediunc, 2002. - R. Salas Astrain, "Presentación", en *Pensamiento crítico latinoamericano*, Santiago, Ediciones UCSH, 2005, T. I, pp. 9-15. - VVAA, *Pensamiento crítico contra la dominación*, Madrid, Akal, 2000. - VVAA, *Pensamiento crítico vs. pensamiento único*, Madrid, Debate, 1998. - Catherine Walsh, *Pensamiento crítico y matriz (de) colonial: reflexiones latinoamericanas*, Quito, Abya-Yala-Universidad Andina Simón Bolívar, 2005.

Filosofía latinoamericana

Celina Lértora (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Denominación y sentidos de una filosofía latinoamericana. Se puede hablar de filosofía latinoamericana en dos sentidos. En un sentido, es filosofía latinoamericana la que se produce en Latinoamérica, cualquiera que sean sus temas, sus enfoques o sus resultados teóricos y sus influencias prácticas. En otro sentido, se denomina filosofía latinoamericana a un conjunto de problemas o a un campo problemático que toma a Latinoamérica como objeto de indagación filosófica. Aún podría hablarse de un enfoque especial dentro de esta segunda acepción, el latinoamericanismo, que designa no solo la especialización del estudio en América Latina, sino, sobre todo, el pensamiento comprometido en la indagación de la identidad histórico-cultural de esta región. La denominación América Latina surgió para diferenciar esta región geocultural de la América Anglosajona, por idea de un consejero de Luis Bonaparte, Michel Chevalier, quien ya en 1830 planteaba la antítesis entre América del Norte y América del Sur. Su obra fue traducida y difundida a partir de 1853 y esta denominación finalmente se impuso en ambientes intelectuales vinculados con la política francesa en México durante el reinado de Maximiliano. Autores y políticos americanos

retomaron la expresión al promover la unidad continental. Así, José María Torres Caicedo comenzó a difundir ideas de unidad en 1861 y publicó en 1875 su libro *Unión latinoamericana*; el general Gregorio Las Heras fundó en Valparaíso (1861) una sociedad política, "La Unión Americana", que tuvo repercusión en varios países. La expresión *latina* indica una caracterización cultural vinculada a la civilización romana a través de España y Portugal. En ese sentido es más amplia que la expresión Hispanoamérica o Iberoamérica que prefieren españoles y portugueses. Fue Francia la interesada en sostener el concepto *latinoamericano* aceptado sobre todo en Europa. Los congresos de la Unión Latina (Río de Janeiro, 1951; Madrid, 1954) buscaban una integración cultural de los países latinoamericanos con España, Francia, Italia y Portugal. Estos intentos fueron cuestionados por el pensamiento indianista, que prefiere la denominación "*indoamericano*". Hablar de una filosofía latinoamericana se justifica porque hay un registro problemático común. Los temas a abordar en este panorama son: su historia, su crítica, su relación con la cultura y la sociedad y su proyección como tarea filosófica.

Las similitudes históricas para una filosofía latinoamericana. Desde el punto de vista histórico las producciones filosóficas de la región son claramente comparables, desde los inicios de la filosofía en las universidades coloniales hasta la actualidad, con las producciones de otras regiones según los períodos frecuentemente utilizados para clasificarlas. Así, durante la época colonial, podemos señalar los mismos períodos filosóficos: la escolástica (siglo XVI a principios del siglo XVIII) y el eclecticismo, desde mediados del siglo XVIII a principios del siglo XIX, que incluye la breve pero importante etapa de la ilustración americana. Es significativa la similitud en las ideas y los trabajos reflexivos de las más importantes figuras académicas de fines del siglo XVIII, más allá de obvias diferencias en cuanto a sus preferencias temáticas y a sus estilos de vida y de trabajo: Antonio de Alzate (México), José Celestino Mutis, José Caldas y José Manuel Restrepo (Nueva Granada), Cayetano Rodríguez (Río de la Plata). Pasando a la época independiente, que se produce simultáneamente en casi toda la América española en la segunda y tercera décadas del siglo XIX, nos es común la recepción de las ideas políticas norteamericanas y francesas que nutrieron el pensamiento de los revolucionarios, la ideología como primer intento del filosofar independiente, la recepción de Bentham en el terreno ético-político y el movimiento antihispanista, cuyas consecuencias posteriores también tienen similitudes en los distintos nuevos Estados. El período siguiente, de inspiración romántica y ecléctica, con gran influjo del pensamiento francés, acercó a los latinoamericanos a la preocupación por el tema de la historia, de la identidad y de la posibilidad de un pensamiento propio, así como a la gestación de la idea de nación. El siguiente período, el positivismo, también tiene una historia similar, con una primera época que marca la recepción de las ideas de Comte, junto con el interés por la ciencia empírica, cuyo resultado es la reforma en los planes de estudio universitarios y la prioridad que paulatinamente va otorgándose a las ciencias físicas y naturales sobre las humanísticas, así como el comienzo de la ideología del progreso ligada al cultivo de una ciencia nacional. En la segunda época positivista nos es común la recepción de Spencer y Darwin y el desarrollo local, en especial el darwinismo social que, con diversos matices, fue cultivado hasta la segunda década del siglo XX, como correlato de la importancia del tema sociopolítico en el cambio de siglo en toda la región. También por la misma época el problema educativo concita la atención de filósofos y pensadores, dando origen a la cuestión pedagógica y a la polémica entre laicistas y clericales, que se traslada desde la mesa de trabajo de los congresos pedagógicos hasta la tribuna política y las nuevas legislaciones. La ideología del progreso, así como el proyecto de modernización que todos los países asumieron en la medida de sus posibilidades, exigieron una reforma sustancial en las esferas jurídica y económica, lo cual a su vez originó el nacimiento de la moderna iusfilosofía y de la filosofía política y social americanas. También es en esta época que la filosofía comienza a ser cultivada como una disciplina autónoma y desligada de un lugar que fue su asiento predominante en las décadas anteriores: los seminarios de formación del clero. Este humus ideológico insufla la trayectoria filosófica de figuras como Florentino Ameghino, Adolfo Ernst, Carlos Octavio Bunge, José Ingenieros, Gabino Barreda, Justo Sierra, Lisando Alvarado, Enrique José Varona. Arribamos, finalmente, en la tercera década del siglo XX, al momento de consolidación de la filosofía que, superando la unilateral visión positivista, se abre a todas las corrientes, se profesionaliza y a la vez comienza a interesarse de manera sistemática por el problema de Latinoamérica en sí misma. Este proceso ha sido denominado por Romero como la *normalidad filosófica*, expresión que quiere significar una etapa de madurez que acerca nuestro filosofar a las expresiones más relevantes en el mundo en ese momento. La filosofía ocupa un lugar en todas las universidades, se normaliza también el currículo filosófico y comienzan a aparecer las "especialidades", es decir, las orientaciones de investigación y producción en filosofía, así como las reuniones académicas locales y la creciente participación de

americanos en congresos internacionales. Las corrientes que signan la segunda mitad del siglo XX son comunes a toda América: neotomismo, espiritualismo, personalismo, axiología, neopositivismo, marxismo, indigenismo, existencialismo, filosofía analítica, fenomenología y hermenéutica, hasta llegar a las corrientes posmodernas que tuvieron y tienen amplia resonancia.

La filosofía latinoamericana como crítica. La función crítica de la filosofía latinoamericana se ha centrado en plantear y responder dos preguntas cruciales: si existe una filosofía *latinoamericana* y si ella es o no original. La primera cuestión atañe a la discusión sobre la universalidad, que es una característica tradicionalmente adscrita a la filosofía, incluso como una nota absolutamente distintiva suya, y que es cuestionada, en tanto pensamiento totalizador, por cuanto se trata de la extrapolación totalizante de un pensar particular. La filosofía latinoamericana se instala en la línea de las filosofías "situadas", es decir, que asumen de manera explícita el punto de partida concreto sin instalarse inicialmente en una universalidad abstracta. Se hace filosofía *en* y *desde* una situación histórica, social, cultural, vivencial, personal, concreta, y esta situacionalidad de la filosofía es lo que constituye su posibilidad auténtica de universalidad. El segundo problema, la originalidad, enfrentó a un grupo de pensadores que, como Augusto Salazar Bondy, desvalorizaban el pensamiento filosófico académico o formal por considerarlo una mera recepción o copia del pensamiento europeo, producto de un medio cultural caracterizado por la dominación foránea, con quienes, como José Gaos o Leopoldo Zea, consideran la realidad de una filosofía latinoamericana cuyos diversos enfoques son expresión de su vitalidad. La cuestión de la originalidad de la filosofía americana, que tuvo su auge hace cuatro décadas, derivó en la pregunta por el aporte que podía ofrecer la filosofía a nuestros problemas locales. De allí que se consideró importante pensar modelos de abordaje filosófico propios y específicos de nuestra realidad. La filosofía de la liberación concurrió con un aporte teórico de singular relevancia, que puede sintetizarse en dos teorías: la *teoría de la dependencia* y la *teoría de las relaciones centro-periferia*. Aunque con vínculos –a veces estrechos– con la teología de la liberación y con otras corrientes que elaboraron críticas e intentos de superación en economía y sociología, la teoría de la dependencia de la filosofía de la liberación se caracteriza por su amplitud. No se refiere solo a la dependencia de hecho (política, económica) conforme a la cual el débil debe obedecer al poderoso, sino que elabora una explicación de la formación de un pensamiento raigalmente dependiente en cuanto opere con categorías eurocéntricas que desvalorizan las expresiones reflexivas surgidas fuera de los marcos filosóficos considerados válidos. De este modo, el pensamiento alternativo contemporáneo, el pensamiento heterodoxo (en todos los tiempos), el pensamiento aborigen, la sabiduría popular, quedan fuera del marco de lo filosófico y sin posibilidad de incorporar sus valores. Sobre estas formas de pensar alternativo, Rodolfo Kusch ha elaborado una *teoría del ser americano*, intentando expresarlo en su aspecto más prístino a través de la categoría del "estar". La teoría de las relaciones centro-periferia postula que la historia de los últimos cuatro siglos ha generado un centro de poder (Europa) y una periferia de regiones dependientes y marginales. Reproducir en la periferia el pensamiento hegemónico es no solo expresión de dependencia mental, sino y fundamentalmente de esterilidad filosófica. Rechazar la filosofía del "centro" es mostrar la perversidad de una reflexión que solo piensa el ser en términos de poder y dominación. De allí que la liberación que propone esta corriente es, en primer lugar, una liberación de la filosofía misma, solo que, para muchos de sus seguidores, involucra y es solidaria con los movimientos reales, sociales y políticos que tratan de visibilizar y dignificar a la periferia, que es el mundo de "pobre", no solo en sentido económico, sino en sentido global, como el "despojado" (de su tradición, de su pasado, de su lengua madre, de su tierra ancestral). Aunque duramente criticada desde diversos sectores del pensamiento filosófico, la filosofía de la liberación se ha constituido en un referente imprescindible en toda presentación de la filosofía latinoamericana, y es objeto de estudios y profundizaciones dentro y fuera de América Latina. La relación de la filosofía latinoamericana con la cultura y la sociedad de esta región es otro de los ejes temáticos recurrentes en el pensamiento de los principales exponentes. Autores como Leopoldo Zea o Arturo Roig presentan a la filosofía latinoamericana como conciencia histórica en Latinoamérica, en cuanto ejerce una función crítica sobre el pensamiento directivo y sobre el resultado de los hechos históricos del continente. Así, la historia de las ideas, entendida como recuento de las teorías propugnadas, pasa a ser filosofía de la historia latinoamericana, preocupación por entender el sentido, la dirección y la prospectiva de la realidad latinoamericana. Esta cuestión supone, a su vez, la de la identidad.

La identidad latinoamericana como tema. La definición de esta identidad latinoamericana, objeto principal de la filosofía homónima, se ha tornado un tema altamente polémico y conflictivo, que pone el acento en las contradicciones históricas que perfilaron una situación de dependencia, marginalidad y frustración que no se corresponde con

las potencialidades y expectativas de los comienzos de su independencia, a principios del siglo XIX. Paralelamente a esta situación se ha discutido si existe una filosofía latinoamericana y cuáles son su cometidos y su valor. Es decir, que ambas preocupaciones se implican mutuamente. El problema de la identidad de América Latina se ha presentado como acuciante frente a la realidad de la debilidad y dependencia de los estados latinoamericanos. Arturo Ardao ha señalado que esta autoconciencia –que luego se expresa filosóficamente– emerge por relación dialéctica con América del Norte (o América sajona), como ya se ha señalado, pero de inmediato se diversifica en los elementos caracterizadores que se han tomado como ejes de la reflexión: el carácter racial (mestizo), la fuerza y el espíritu telúricos, el sentimiento de pertenencia, etc. La cuestión de la identidad se ha planteado desde enfoques metafísicos hasta psicológicos y literarios. Diversas corrientes filosóficas se han ocupado del tema: positivismo, evolucionismo, vitalismo, historicismo, fenomenología, existencialismo, neoescolástica, neokantismo, personalismo, marxismo, hermenéutica. Entre los americanos se han destacado Agustín Álvarez, Carlos Octavio Bunge, José Enrique Rodó, Manuel González Prada, Alcides Arguedas, José Vasconcelos, José Ingenieros, Manuel Ugarte, Carlos Astrada, Samuel Ramos, Alberto Zum Felde, H. A. Murena, Rodolfo Kusch, Leopoldo Zea. Entre los europeos que se interesaron por el tema se destacan José Ortega y Gasset y José Gaos (radicado en México). La identidad se ha pensado, a su vez, a partir del acento en un elemento constitutivo, considerado de algún modo determinante o esencial, que varía según los enfoques o las teorías asumidas como marco. Así, para los pensadores de orientación cristiana, lo hispánico se reivindica como elemento unificador; el indigenismo, en cambio, acentúa el ascendiente aborigen. La dicotomía "civilización-barbarie", presentada literariamente por Sarmiento, ha servido también para caracterizar la ambivalencia axiológica de estos dos componentes históricos y, en definitiva, del obvio mestizaje social y cultural latinoamericano. En la actualidad, la filosofía latinoamericanista tiende a evitar las dicotomías y las alternativas excluyentes, procurando pensar la identidad del pueblo latinoamericano no en términos absolutos, sino relativos a diversos tipos de inserción en contextos más amplios, entrecruzando cuestiones étnicas, culturales y sociopolíticas. También se busca un acercamiento a la comprensión de otras culturas periféricas, cuya preocupación común es enfrentar al pensamiento hegemónico con elementos teóricos propios.

Referencias

José Gaos, *El pensamiento hispanoamericano*, México, 1944. - Ramón Insúa Rodríguez, *Historia de la filosofía en Hispanoamérica*, Guayaquil, 1945. - Leopoldo Zea, *La filosofía americana como filosofía sin más*, México, 1969. - Francisco Miró Quesada, *Proyecto y realización del filosofar latinoamericano*, México, 1981. - Enrique Dussel, *Filosofía de la liberación*, México, 1977. - Gregorio Recondo, *Identidad, integración y creación cultural en América Latina*, Unesco/Ed. de Belgrano, 1997.

Ética social, valores y liberación

Adriana Arpini (Argentina) - *Universidad Nacional de Cuyo*

¿A qué llamamos ética social? Cuando hablamos de ética social nos estamos refiriendo a una dimensión de la filosofía práctica, cuya reflexión se nutre de las situaciones vividas a diario por cada uno de nosotros en tanto sujetos que interactuamos socialmente. Situaciones en las que es necesario decidir qué acciones llevamos adelante y de qué manera. En tales casos apelamos, con diverso grado de conciencia, a los elementos proporcionados por el conjunto de saberes prácticos, patrones consensuados de existencia y de comportamiento, que están vigentes en el grupo social al que pertenecemos. En este sentido, José Luis Aranguren ha sostenido con acierto que cada hombre *se hace* a sí mismo, pero a la vez *es hecho* por la cultura, tanto en sentido positivo como negativo. No solo las normas, sino también la conciencia moral se originan socialmente (Aranguren, 1968). Muchas veces ordenamos nuestro obrar de acuerdo con la moral vigente, pero otras veces advertimos la necesidad de introducir modificaciones y hasta de proponer nuevos valores y criterios de acción ante una realidad social cambiante. Frente a los modos clásicos de entender la moral –como búsqueda de la vida buena y como cumplimiento del deber–, la *ética social* constituye un saber cuya especificidad se encuentra en posición equidistante de ambos. Sin descuidar la importancia de las dimensiones subjetiva y normativa de la moral, la ética social se recorta como una forma de objetivación de la moral preocupada por resolver los problemas que afectan la vida de los hombres en sociedad. Pone en juego la racionalidad práctica que comprende un momento de reflexión crítica sobre lo dado, un momento de elucidación, comprensión y fundamentación de principios, valores y normas y un momento de aplicación en situaciones sociohistóricas concretas. Todo ello con el propósito de achicar la brecha entre ser y deber ser, entre cuyos márgenes tiene lugar la lucha cotidiana por la realización de la vida de los hombres en comunidad. Como saber práctico se expresa en categorías que facilitan la comunicación dentro de una estructura referencial

histórica, social y axiológicamente determinada (Arpini, 2005).

Subjetividad, objetivaciones y bienestar. La dimensión social de la ética se pone a foco a partir de las críticas del paradigma de la subjetividad moderna, llevadas adelante en el siglo XIX por los pensadores de la sospecha, K. Marx, F. Nietzsche y S. Freud. Ellos señalan que la conciencia individual no es el reducto último del conocimiento y la acción, ni accede en forma directa a la realidad, es decir que la conciencia no es transparente, sino que existen mediaciones sociales y culturales a través de las cuales cada persona se relaciona con el mundo y con las otras personas. Mediaciones como el trabajo, los valores, las ideologías, el lenguaje, el propio inconsciente modelan el acceso a la "realidad", que nunca es la realidad en sí, sino una interpretación socioculturalmente condicionada. Agnes Heller utiliza el término "objetivaciones" para señalar el hecho de que las acciones humanas se exteriorizan y constituyen un mundo; es decir, se objetivan en producciones materiales y simbólicas: instituciones, leyes, conocimientos, creencias, obras de arte y de ingenio, costumbres, normas, valores. Así, el mundo es el resultado de la praxis histórica, pero es también el mundo que en cierta medida nos condiciona como algo que está dado, que debe ser aprehendido y al que debe adaptarse el vivir cotidiano (Heller, 1977). Las objetivaciones facilitan, por una parte, las relaciones entre los hombres y de estos con el mundo material y simbólico, en cuanto permiten interpretar y comprender el conjunto de conexiones sociohistóricas de una época; pero, por otra parte, dejan a los hombres expuestos a la alienación, el engaño, la falsa conciencia. En esto se manifiesta tanto la fortaleza como la debilidad constitutiva de todas las objetivaciones. El hecho de que exista la regulación social, en lugar de la regulación del instinto, es síntoma de que hay *mundo*, y que en ese mundo compartido existe la diferenciación entre *bueno* y *malo*. Esta distinción es la condición del *mundo*, es decir, la condición para las relaciones sociales y el establecimiento de las categorías primarias de orientación de valor. Pero ellas permanecen en un nivel formal y abstracto si no son referidas a valores propios de campos de acción específicos. Tratándose de la ética social, el valor común perseguido es el bienestar social. A él se enderezan todos los bienes que pueden ser considerados como condiciones posibilitantes del bienestar. Así, por ejemplo la salud, la educación, la realización personal, la interacción –a través del lenguaje, el trabajo, la apreciación estética, los afectos–, las oportunidades de participación en los asuntos comunes, la justicia. Todos estos bienes posibilitantes del bienestar social están referidos contrafácticamente a categorías de valor, como la vida, la libertad, la igualdad, a partir de las cuales se regulan las acciones y se generan las normas para la vida en común.

Valores y valoración en el marco de la ética social. Los problemas del valor y de la acción de valorar son de particular importancia para la ética social, ya que desde esta perspectiva se requiere superar concepciones clásicas. Tanto el esencialismo metafísico –que busca para los valores un fundamento que sea trascendente al mundo humano, individual o social–, como el formalismo –que persigue una fundamentación racional proporcionada por la forma del imperativo categórico–, resultan insuficientes para una caracterización de los valores como objetivaciones sociales. Pero también es necesario abandonar posiciones positivistas o funcionalistas –que conciben a los valores como inmanentes a las costumbres sociales–. Incluso la concepción axiológica de la ética material de los valores, a la manera de Max Scheler, es limitada desde el punto de vista de la ética social, por cuanto su concepción de los valores como un dominio propio de objetos ideales que se captan mediante una aprehensión emocional intuitiva resulta insuficiente para garantizar su validez intersubjetiva. En síntesis, ni las corrientes objetivistas –que sostienen que los valores son algo totalmente independiente de las cosas, como de la conciencia que valora–, ni las subjetivistas –cuya tesis fundamental consiste en afirmar que los términos y enunciados de valor poseen un referente vivencial–, pueden explicar de manera suficiente el carácter de objetivaciones sociales de los valores. Para una más ajustada caracterización de los valores y de la acción de valorar en el marco de la ética social es pertinente tomar en cuenta el concepto de objetivación, antes definido según la propuesta de Agnes Heller, y los resultados de las reflexiones axiológicas de Augusto Salazar Bondy. En cuanto objetivaciones que forman parte de una realidad objetiva supraindividual, los valores son categorías primarias de orientación axiológica. Salazar Bondy subraya la función crítico-trascendental de las instancias axiológicas en la constitución del mundo de la praxis. Es decir, así como los trascendentales lógicos y físico-naturales hacen posible los objetos en general y los del mundo físico, fundando la idea de mundo, así también, si la praxis humana –que es siempre praxis social– ha de ser considerada objetiva es menester un trascendental de la acción. Los valores son, entonces, esos trascendentales o instancias categoriales gracias a las cuales hay un mundo de las acciones e interacciones humanas que podemos entender y eventualmente criticar y modificar. Los valores son, pues, condiciones de posibilidad de lo objetivo, social y humano; gracias a ellos hay entendimiento social en el sentido de diálogo,

comprensión y acuerdo de lo social, pero también incomprensión, desacuerdo y conflicto. Ahora bien, aun cuando los valores fundan a priori la racionalidad del obrar, aquello que está contenido en los términos valorativos se gesta históricamente. De ahí que no resultan ajenos a la problemática del valor los problemas de la alienación, la inautenticidad, la dominación y la liberación (Salazar Bondy, 1971). Dado que la valoración es un proceso social, existen normas y criterios de valor, patrones valorativos, que son el producto de la decantación social de los diversos grupos, cuya transmisión por medios formales o informales de educación conlleva la formación de hábitos referentes a su uso. Cabe denominar *valoraciones derivadas o segundas* al acto de orientar las elecciones según estos patrones. Sin embargo, la incomunicación y la pugna de valores ponen en evidencia la existencia de diferentes modos de valoración, ya porque se toman como referencia patrones vigentes para comunidades diferentes, ya porque en la dinámica de la historia los cambios provocados por el desarrollo del conocimiento o por la necesidad de alcanzar fines antes no imaginados dan lugar a la emergencia de nuevas valoraciones. Cabe llamarlas *valoraciones originarias o protovaloraciones*; ellas constituyen el punto de partida para la configuración o reconfiguración de patrones estimativos sobre los que se funda una nueva práctica social y humana. A través de la educación, la sociedad lleva adelante una triple tarea en relación con los valores: 1. la transmisión crítica de los valores vigentes y de los hábitos estimativos que posibiliten la integración y el desenvolvimiento social, es decir, la *socialización*; 2. la toma de conciencia de las divergencias de valoración, producto de las diferencias en los patrones estimativos pertenecientes a distintos grupos, y la comprensión de su origen y fundamento, apuntan a la *universalización* del hombre; 3. la formación para la vivencia valorativa original, que capacite para la propia construcción espiritual y para participar en el proceso indefinido de renovación de la vida y de la autoconstitución de la humanidad, en orden al cometido de la *liberación* del hombre.

Liberación. Analizada desde una perspectiva histórica, la idea de "liberación" presenta en el pensamiento latinoamericano una trayectoria más amplia que la actual ética de la liberación. En efecto, el concepto de liberación va tomando cuerpo al mismo tiempo que se constituye la autoconciencia filosófica latinoamericana y se afianza como expresión de las necesidades de la sociedad y búsqueda de su superación. Tal es el caso de Juan Bautista Alberdi –"Ideas para un curso de filosofía contemporánea", 1840–, quien establece la categoría de *necesidad* como criterio normativo del quehacer filosófico en las jóvenes naciones latinoamericanas. Otro tanto puede señalarse a propósito de la reflexión de José Martí –"Nuestra América", 1891– sobre el buen gobierno, el cual debe partir de los *elementos naturales* de los pueblos de América. Esta línea de reflexión alcanza su primera formulación orgánica en la obra de Eugenio María de Hostos –*Moral social*, 1888–, quien establece que la moral social se funda en las relaciones particulares del hombre con la sociedad, con el fin de producir y conservar el bien social y contribuir a la realización del destino común de la humanidad, sintetizado en la categoría de *civilización*. Categoría que en la reflexión hostosiana presenta un fuerte contenido normativo e involucra la idea de liberación de las formas de opresión, tanto personal –esclavitud, sumisión– como sociopolíticas –colonialismo, neocolonialismo–. Así pues, la categoría de "liberación" forma parte de la práctica filosófica latinoamericana que, con diversas manifestaciones, puede ser rastreada desde la época de la conquista y que ha cuajado en las últimas décadas en una reflexión con rasgos propios, nítidamente diferenciable de otras corrientes o escuelas filosóficas, con las cuales interactúa, participando creativamente en el proceso de producción filosófica. La filosofía de la liberación y, dentro de ella, la ética de la liberación germinaron en la Argentina, en la década de 1970, como reflexiones filosóficas comprometidas con la denuncia de las totalidades cerradas y orientadas a la superación dialéctica de la dominación en todas sus formas –política, económica, cultural, personal–. Frente a la teoría del desarrollo, basada en criterios meramente económicos y tecnológicos, oponen una visión ético-axiológica humanista, que admite una diversidad de formas originales de desarrollo, y entienden la liberación como proceso multifacético que, además de lo económico, abarca la vida social, política y cultural de la sociedad, con el fin de posibilitar la realización plena de los hombres. La "liberación", como categoría axiológica con sentido fuertemente performativo, constituye el prisma a través del cual se analizan los problemas antropológicos, históricos, culturales, políticos, éticos, estéticos y metafísicos. Aunque ha sido caracterizada como un movimiento filosófico con elementos específicos y originales (Demenchonok, 1990 y 1995), presenta una gama de orientaciones diversas. Así, para mencionar solo dos ejemplos, Enrique Dussel propone una *ética de la liberación*, cuyo punto de partida es una racionalidad material (re)productiva que asume la posición de la "víctima"; es decir, de quien es afectado negativamente por un acto humano, una ley, un orden social. Se sustenta en la vida humana como criterio material de verdad y puntal de una praxis intersubjetiva potencialmente liberadora (Dussel, 1998). Arturo Roig, por su

parte, plantea una *moral de la emergencia*, que reconoce como punto de partida el valor del conflicto como dinamizador de una dialéctica que implica un momento subjetivo de autoafirmación o "moralidad de la protesta", frente a la eticidad vigente o "ética del poder"; de tal contradicción surge el juicio crítico como principio de acción solidaria y como apertura a nuevas posibilidades de realización de la dignidad humana (Roig, 2002).

En síntesis, la moral social puede ser entendida como una forma de objetivación que se ocupa de los problemas emergentes de la vida en sociedad, organizando su reflexión en torno a ciertas categorías de orientación axiológica, valores, que hacen posible la praxis humana social e individual. Si bien los valores son puestos como categorías a priori del obrar, ellos se configuran en un proceso histórico, entre cuyas contradicciones se da la lucha por la liberación; entendida esta también como categoría axiológica orientadora del obrar de los hombres en sociedad y como síntesis de valores sociales como solidaridad, cooperación, interacción, todos los cuales remiten, en última instancia, al valor de la dignidad humana.

Referencias

José Luis Aranguren, *Ética y política*, Madrid, Guadarrama, 1968. - Adriana Arpini, "Ética social", en Ricardo Salas Astrain (Coordinador académico), *Pensamiento crítico latinoamericano. Conceptos fundamentales*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez, 2005, vol. 1, pp. 227-339. - Eduardo Demenchonok, *Filosofía latinoamericana. Problemas y tendencias*, Santa Fe de Bogotá, El Búho, 1990. - Enrique Dussel, *Ética de la liberación en la edad de la globalización y la exclusión*, Madrid, Trotta, 1998. - Agnes Heller, *Sociología de la vida cotidiana*, Barcelona, Península, 1977. - Arturo Andrés Roig, *Ética del poder y moralidad de la protesta*, Mendoza, Ediunc, 2002. - Augusto Salazar Bondy, *Para una filosofía del valor*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1971.

Pedagogía de la liberación

Maria Luiza Angelim (Brasil) - *Universidad de Brasilia*

Tras la Segunda Guerra Mundial, fueron los(as) educadores(as) identificados con la lucha anticolonial y antihegemónica y, más recientemente, antineoliberal, quienes propusieron la pedagogía de la liberación, inspirada principalmente en Karl Marx, cuya expresión más relevante y de impacto internacional es la obra del educador brasileño Paulo Freire (Recife, 1921–San Pablo, 1997). De este se destaca, ante todo, el libro *Pedagogía del oprimido*, escrito en 1968 durante su exilio en Santiago de Chile, publicado en Brasil en 1975, y traducido a partir de 1969 a numerosos idiomas. La *pedagogía del oprimido* fue reafirmada por el autor desde una relectura de la misma realizada en el libro *Pedagogía de la esperanza*, publicado en 1992.

La problematización moral del concepto de libertad por la educación para la liberación. La pedagogía de la liberación se identifica con la pedagogía del oprimido defendida por Paulo Freire como aquella que tiene que ser forjada con el oprimido y no para él. Una pedagogía entendida como la de hombres y pueblos en la lucha incesante por la recuperación de su humanidad. Una pedagogía que haga de la opresión y de sus causas el objeto de reflexión de los oprimidos, de lo que resultará su compromiso necesario en la lucha por su liberación, en la que esta pedagogía se hará y se rehará. El gran problema radica en comprender cómo los oprimidos, en tanto seres ambiguos o inauténticos que "alojan" al opresor en sí, podrán participar de la elaboración de la pedagogía de su liberación. En este sentido, cabe entender que la pedagogía del oprimido, como pedagogía humanista y liberadora, tendrá dos momentos. El primero es aquel en el que los oprimidos desvelan el mundo de la opresión y se comprometen, en la praxis, con su transformación. El segundo es aquel en el que al transformarse la realidad opresora, esta pedagogía deja de ser del oprimido y pasa a ser la pedagogía de los hombres en proceso de permanente liberación. Los oprimidos, al introyectar la "sombra" de los opresores, siguen sus pautas y temen a la libertad en la medida en que esta, al implicar la expulsión de esta sombra, exigiría de ellos que "llenasen" el "espacio" dejado por la expulsión con "contenido" diferente: el de su autonomía, el de su responsabilidad, sin el que no serían libres. La libertad es una búsqueda permanente que solo existe en el acto responsable de quien la realiza. Nadie tiene libertad para ser libre: al contrario, se lucha por ella precisamente por no tenerla. La libertad es una condición indispensable al movimiento de búsqueda en el que están inscriptos los hombres como seres inconclusos. La violencia de los opresores hace de los oprimidos hombres a quienes se les prohíbe ser. La respuesta de los oprimidos ante la violencia de los opresores es la búsqueda del derecho de ser. Los opresores, al violentar y prohibir que los otros sean, no pueden igualmente ser. Los oprimidos, luchando por ser, al quitarles a los opresores el poder de oprimir y de pisotear, los restauran en la humanidad que habían perdido en el uso de la opresión. Por ello, solo los oprimidos, liberándose, pueden liberar a los opresores.

El diálogo como exigencia revolucionaria. Nadie educa a nadie, nadie se educa a sí mismo; los hombres se educan entre sí mediatizados por el

mundo. La educación problematizadora de la pedagogía de la liberación no podría realizarse como práctica de la libertad sin superar la contradicción entre el educador y los educandos. Y tampoco sería posible hacerlo fuera del diálogo. Este diálogo, como exigencia radical de la revolución, responde a otra exigencia radical: la de los hombres como seres que no pueden ser fuera de la comunicación, puesto que son comunicación. Obstaculizar la comunicación es transformarlos en cuasi "cosas" y esto es lo que realizan los opresores. Por eso, defendiendo la praxis como teoría del hacer no puede proponerse una dicotomía que divida el hacer en una etapa de reflexión y en otra, distante, de acción, ya que acción y reflexión se dan simultáneamente. En la educación como situación gnoseológica, el acto cognoscente del sujeto educador (y del educando) sobre el objeto cognoscible no muere ni se agota porque dialógicamente se extiende a otros sujetos cognoscentes, de tal forma que el objeto cognoscible se hace mediador de la cognoscibilidad de los dos. En la acción revolucionaria se produce lo mismo: se trata de actores en intersubjetividad, en intercomunicación. Si bien hay quienes creen en el diálogo con las masas, no todos creen en su viabilidad antes de la llegada al poder y confunden el sentido pedagógico de la revolución con la nueva educación a ser instalada con la llegada al poder. Pero la llegada al poder es simplemente un momento, por más decisivo que sea. El sentido pedagógico, dialógico, de la revolución, que la hace también una "revolución cultural", tiene que acompañarla en todas las fases.

Pedagogía de la liberación y moral transdisciplinaria. Contemporáneamente, la pedagogía de la liberación también se expresa en el movimiento de la transdisciplinariedad, como puede observarse al considerar los contenidos del contrato moral de la *Carta de la Transdisciplinariedad* (Portugal, 1994). La ética transdisciplinaria, al rechazar toda actitud que niegue el diálogo y la discusión, buscando un saber compartido para una comprensión compartida y el respeto de las alteridades, coincide con el sentido dialógico de la pedagogía de la liberación. La actitud transdisciplinaria entendida como el reconocimiento de la existencia de diferentes niveles de realidad, regidos por diferentes lógicas, hace emerger de la confrontación de las disciplinas nuevos datos que las articulan entre sí, y nos ofrece una nueva visión de la naturaleza y de la realidad. Esa actitud abierta de reconocimiento de la complejidad, que procura una educación concreta, contextualizada, sin las abstracciones que reducen la realidad a una o varias disciplinas cerradas, supone una liberación de la opresión del conocimiento como poder. Por eso la educación transdisciplinaria reevalúa el rol de la intuición, del imaginario, de la sensibilidad y del cuerpo en la transmisión de los conocimientos. Basarab Nicolescu afirmó: "*Estoy convencido de que el encuentro entre el pensamiento de Paulo Freire y la transdisciplinariedad tiene el potencial de conducirnos en la dirección de ese nuevo mundo, libre del dominio de la agresión y de la violencia. La educación transdisciplinar es una educación de liberación, que nos permitirá establecer vínculos entre personas, hechos, imágenes, campos de conocimiento y de acción, posibilitando descubrir el Eros del aprendizaje durante toda la vida, y construir seres humanos en constante cuestionamiento y en constante integración*" (Linhares & Trindade, 2003).

Referencias

P. Freire, *Educação como prática da liberdade.* Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1967. - P. Freire, *Pedagogia do Oprimido*, 17ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987. - P. Freire, *Pedagogia da Esperança,* Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992. - P. Freire, *Pedagogia da Autonomia,* Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1997. - A. M. Araújo Freire (org.), *A Pedagogia da Libertação em Paulo Freire*, São Paulo, Editora Unesp, 2001. - Moacir Gadotti et ál. *Paulo Freire: uma biobibliografia.* São Paulo, Cortez, Instituto Paulo Freire, Brasilia, Unesco, 1996. - Célia Linhares y María de Nazaret Trindade (orgs.), *Compartilhando o mundo com Paulo Freire*, São Paulo, Cortez, Instituto Paulo Freire, 2003. - Basarab Nicolescu, *O Manifesto da Transdisciplinaridade.* Tradução Lúcia Pereira de Souza, São Paulo, Triom, 1999.

Teología de la liberación

Marcio Fabri dos Anjos (Brasil) - *Facultad Pontificia de Teología Nuestra Señora de la Asunción*

Origen y punto de partida. Además de su significado religioso, la *teología de la liberación* (TL) tiene una importancia social y política reconocida en el ámbito mundial que la hace capaz de aportar al discurso de la bioética. La TL establece entre su método y las construcciones sociales una relación muy estrecha, por la cual atribuye a la religión y a su formulación teológica una vigorosa tarea transformadora, que exactamente le vale el título de *liberación*. Su origen dentro del cristianismo y su sistematización latinoamericana comienzan a finales de los años sesenta, al mismo tiempo que en Alemania se desarrolla la *teología del político*, con algunas preocupaciones semejantes. La legitimidad de sus planteamientos se busca todavía en las fuentes del cristianismo y de sus tradiciones más antiguas, por medio de una nueva lectura o método teológico. Un punto de partida fundamental de la TL se desarrolla desde la percepción del juego de poder en la vida social, en cuanto el poder genera dependencia e instrumentaliza la vida de las personas y de grupos sociales completos. En tal contexto, se ubica la pregunta sobre el rostro de

Dios y sobre la calidad de las propuestas religiosas. Desde la experiencia bíblica judeocristiana, se subraya el compromiso de Dios con la historia del mundo, del cual se hizo creador y padre/madre, y aún más, se encarnó en la realidad humana, capaz, por lo tanto, de *oír los clamores de su pueblo* en medio de las injusticias. Tal encuentro con Dios implica una fe religiosa llena de vínculos inalienables de reciprocidad y de justicia en las relaciones humanas. Conduce al mismo tiempo a acciones liberadoras frente a todo lo que oprime y se opone a la vida de reciprocidad y justicia. Las necesidades de las personas frágiles y vulnerables se presentan como una interpelación de la fe. El encuentro con la trascendencia de Dios pasa por la experiencia humana de tratar las fragilidades humanas de modo compasivo, solidario y transformador.

El método de la teología de la liberación. Consiste en tres pasos básicos: ver – juzgar – actuar. Aunque estos pasos se presenten más como una actitud metodológica que como un método propiamente, han marcado decididamente una constante preocupación por asociar la fe con la búsqueda de comprensión y de transformación de la realidad histórica de la vida humana. Mediante los tres pasos del método de la TL se aplican una *mediación socioanalítica*, *una mediación hermenéutica y una mediación práctica*. La primera implica un diálogo de la teología con las ciencias que analizan y explican los procesos sociales con el intento de desvelar la trama de las dominaciones del poder y las respectivas alternativas de reciprocidad y justicia. En un primer momento, la TL busca sus fundamentos particularmente en filosofías y sociologías dialécticas; y luego, por aceptar la complejidad de la realidad, abre su discurso al diálogo con todas las ciencias que puedan aportar en el deshielo de las opresiones e indicar alternativas para su superación. En general, la TL encuentra en la *ética de la liberación latinoamericana* su más estrecha aproximación en sus fundamentos teórico-sociales. Las *mediaciones hermenéuticas* se justifican por la necesidad de tener un horizonte de interpretación para la vida y para los rumbos de su historia, donde la misma liberación toma sentido. Las brutales inequidades sociales, los dolores y sufrimientos de los pobres constituyen en este horizonte un clamor por la comprensión y por las reacciones de la fe. Tal paso metodológico asume la crítica respecto a los sentidos y significados que se asumen para la interpretación de la realidad. Es decir que, en cuanto teología, tomando los textos bíblicos como experiencia de un pueblo, sus cuestiones se dirigen a una lectura e interpretación de la historia, en la búsqueda del sentido de Dios para los procesos humanos. Al aplicar criterios científicos de lectura bíblica, la TL se acerca a las Sagradas Escrituras examinando la génesis del *texto* en su *contexto* sociocultural para entender el mensaje ahí propuesto. Este método de lectura interpretativa, asociando texto-contexto-mensaje, genera resultados sorprendentes que evidencian la fuerza crítica y transformadora del cristianismo, al mismo tiempo que lleva a la recuperación actual de sus intuiciones fundamentales. Permite, además, releer las tradiciones y corregir el direccionamiento de las trayectorias históricas del cristianismo. El paso de las *mediaciones prácticas* está marcado por un presupuesto fundamental según el cual teoría y práctica interactúan de manera significativa. Así, al mismo tiempo en que las prácticas derivan de los análisis y de la búsqueda de sentido, ellas imprimen calidad e intensifican los análisis y las búsquedas. Su síntesis se exprime en testimonios marcados por la coherencia, en gestos de solidaridad y del compartir, garantizados por la mística de liberación. Aunque militante y transformadora, y a veces acusada por opositores de asumir métodos marxistas radicales, la TL recusa las prácticas de violencia, planteando la *no violencia activa*. Por establecer tal relación interactiva entre teoría y práctica (*praxis*), la TL, sin reducirse a las prácticas, se torna eminentemente ética, al sostener los cuestionamientos de las prácticas incluso en las mismas formulaciones sistemáticas de perfil ontológico. Entre las prácticas recurrentes de la TL se destacan las que conducen a la formación de *comunidades* fundadas en el compartir y en la reciprocidad. Por su método, la TL plantea la religión en el seno de la sociedad, sin teocracia, pero acusando a las injusticias e impulsando formas participativas y transformadoras, prácticas de solidaridad y equidad, en los procesos democráticos. El sentido teológico que preside la liberación en esta visión cristiana comprende la historia humana en un proceso lleno de tensión y de transformación entre un "ya" conseguido, y un "no todavía", que estimula la esperanza y conduce a la acción. De esta manera, al contrario de una religión resignada y pasiva, la fe liberadora implica una esperanza inquieta y activa. Por su carácter crítico, su método lleva a percibir las dimensiones socioestructurales en las cuales las inequidades están construidas en la sociedad; y por ende involucran a la misma fe religiosa en la superación de ingenuidades para comprender los procesos socioculturales. Esta posición se torna autocrítica ante las mismas comunidades religiosas institucionalizadas y ante la misma teología sistematizada. Con esto se hizo posible hablar de una tensión entre "carisma y poder" en las relaciones comunitarias religiosas, y plantear la "liberación de la teología" de sus métodos ingenuos, represivos y de contenidos alienantes. Por todo esto no hay que admirarse de que la TL haya encontrado fuertes oposiciones

en la sociedad política y dentro de las mismas instituciones religiosas.

La teología de la liberación hoy y la bioética. Los tiempos posmodernos, así como todo el conjunto de la vida, han exigido de la TL ajustes en sus planteamientos. Las particularidades de los sujetos humanos, individuos y grupos, en sus distintas culturas, han evidenciado la complejidad para identificar los rostros de la pobreza y para plantear proyectos de transformación social, en especial en estos tiempos de globalización. La percepción de los sistemas globales, hoy día vigentes en el planeta Tierra, ha llevado a los exponentes de la TL hacia una comprensión decididamente ecológica en sus análisis, denuncias y propuestas de liberación. La fuerza de su metodología, que integra de modo transformador la fe y la realidad vivida, ha inspirado a grupos específicos en la sistematización de su experiencia de fe dentro de los distintos contextos, generando una mayor diversidad de aportes teológicos y sociales. Otros contextos continentales, en especial Asia y África, han desarrollado sus enfoques específicos en esta dirección. Por la diversidad con que ocurre en el mismo acercamiento a las ciencias, desde los distintos contextos culturales en los cuales se desarrolla, con frecuencia la TL se nombra hoy en plural, como *teologías de liberación*. El fórum teológico que acompaña el Fórum Social Mundial, se denomina *Fórum de Teología y Liberación*, para evitar la connotación latinoamericana que ha marcado el inicio de la TL. Pero al mismo tiempo se intenta garantizar la fuerza liberadora de la teología, sin sugerir su pluralidad como fragmentación. De todas maneras puede decirse que en Latinoamérica hoy ya no existe una preocupación en torno al título de TL. Más bien se busca garantizar sus métodos, por los cuales las personas y grupos de fe puedan, de una parte, percibir y denunciar las injusticias, y de otra, desarrollar en tiempos de individualismo la mística y las prácticas del compartir, en relaciones comunitarias y en diálogo responsable por la construcción de sociedades grupales, nacionales e incluso planetarias más justas.

Teología de la liberación y bioética. Para la bioética en Latinoamérica, la TL ha sido una fuerte aliada en distintos sentidos. Entre otros, ha contribuido para que la bioética, además de lecturas éticas en los importantes ámbitos de las investigaciones biotecnológicas y prácticas clínicas, llegue también con su reflexión a las estructuras y sistemas sociales, incluso políticas públicas y juego de intereses del mercado, por los cuales pasan las grandes decisiones en torno a la vida y la convivencia planetaria. Aporta igualmente a que la bioética desarrolle una buena capacidad de indignación ética frente a las inequidades y clamorosas injusticias sociales; y también se vea retada a introducir en su mismo estatuto epistemológico, como otro rostro de la autonomía, las dimensiones de fragilidad y vulnerabilidad de todo ser, en especial del ser humano. La TL parece contribuir así para que la bioética en Latinoamérica tenga una voz vigorosa en las cuestiones macrosociales y ambientales, y para que sea profundamente humanitaria y conducida por la equidad.

Referencias

M. Amaladoss, *Vivir en libertad. Las teologías de la liberación del continente asiático*, Estella (Navarra), Verbo Divino, 2000. - L. Boff, *Dignitas terrae: ecologia, grito da terra, grito dos pobres*, São Paulo, Ática, 1996. - E. Dussel, *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*, Madrid, Trotta, 1998. - I. Ellacuría; J. Sobrino, *Mysterium liberationis. Conceptos fundamentales de la teología de la liberación* (2 vols). 2ª ed. San Salvador, UCA Editores, 1992 [Madrid: Trotta, 1990]. - G. Gutiérrez, *Teología de la liberación*, Lima, CEP, 1971.

Pensamiento alternativo

Hugo Biagini (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

El pensamiento alternativo como ejercicio dialéctico. Según se ha puesto de relieve, el *pensamiento alternativo* se halla, por una parte, íntimamente vinculado a la existencia humana, pues tiene que ver con asuntos de tanta envergadura como el derecho a la utopía y a la esperanza en un mundo mejor. Por otra parte, se halla presente en las grandes cosmovisiones y construcciones filosóficas que plantean cuestionamientos y cambios, o nacen como alternativas y generan alternativas a su vez. Como respuesta al proceso y a la ideología de la globalización, el llamado pensamiento alternativo ha crecido aceleradamente bajo el impulso de distintas organizaciones civiles y como objeto particular de estudio. Para su discernimiento puede figurarse un glosario tentativo donde tal pensamiento aparece asimilado a una compleja gama de acepciones calificadoras contrapuestas y a un cúmulo paralelo de expresiones contrapuestas en una ejercitación dialéctica de variado espectro ideológico o anímico: pensamiento progresista *versus* reaccionario, emergente *vs*. hegemónico, abierto *vs*. autoritario, libertario *vs*. dominante, concientizador *vs*. doctrinario, utópico *vs*. distópico, incluyente *vs*. excluyente, igualitario *vs*. discriminatorio, crítico *vs*. dogmático, humanizador *vs*. enajenante, autónomo *vs*. oficial, intercultural *vs*. monocultural, pluriétnico *vs*. etnocéntrico, ecuménico *vs*. chovinista, popular *vs*. elitista, nacional *vs*. colonial, formativo *vs*. acumulativo, solidario *vs*. narcisista, comprometido *vs*. indiferente, reformista *vs*.

conservador, revolucionario *vs*. tradicionalista, ensamblador *vs*. reduccionista, contestatario *vs*. políticamente correcto, disidente *vs*. totalitario, principista *vs*. fragmentario, autogestionario *vs*. verticalista, ensayista *vs*. tratadista, resistente *vs*. intransigente, universal *vs*. insular, identitario *vs*. homogéneo, del género *vs*. sexista, pacifista *vs*. gladiatorio, plebiscitario *vs*. tecnocrático. La validación de ese panorama conceptual presupone ciertas reservas hermenéuticas casi obvias. Por una parte, desprenderse de falsas antinomias o de simplistas enfoques binarios y asumir la existencia de contradicciones, matices y elementos mediatizadores; por otra, procesar la crisis de las concepciones blindadas sobre la historia, los sustancialismos, paradigmas y megarrelatos. Habida cuenta de tales obstáculos epistemológicos, la aproximativa tipología bosquejada puede encuadrarse dentro de las exigencias multisectoriales y el perentorio desafío de rescribir nuestra memoria colectiva junto a la necesidad de reactualizar los grandes proyectos humanistas que pretendían mejorar el mundo –hoy abandonados por muchas posturas supuestamente avanzadas y por el hegemonismo neoliberal que no ha trepidado en restaurar los más caducos planteamientos y *modus operandi*. Ello supone, en consecuencia, el reconocimiento de la riqueza teórico-práctica que subyace en el pensamiento alternativo, con su impulso hacia otras formas de mundialización, frente al primado del pensamiento único o pensamiento cero, como denomina Saramago a esa *forma mentis* estrechamente vinculada con la mercadofilia.

Pensamiento utópico y pensamiento alternativo. Asimismo podrían trazarse sutiles distinciones entre el pensamiento utópico y el pensamiento alternativo. Un enfoque apunta a definir netamente lo alternativo como correspondiente a posiciones que tienden a diferenciarse de las propuestas alienantes sin plantear en rigor una salida o construcción propositiva –como suele suceder con las variantes utópicas (cerradas o abiertas)–; sería así condición necesaria pero no suficiente para estas últimas. En otro registro, a las modalidades alternativas se les otorga un alcance más abarcador u omnicomprensivo, en un sentido tridimensional básico, por designar tanto a las actitudes contestatarias –disidentes de denuncia o simple protesta– como a las postulaciones reformistas –de cambios evolutivos– y los encuadramientos rupturales de transformación de estructuras –al estilo de quienes plantean la idea de un nuevo mundo, un nuevo hombre o una nueva sociedad. En el caso concreto de la propiedad privada, pueden adoptarse de manera esquemática diversas variantes: a) una opción problematizadora, con respecto a su validez universal y como derecho imprescriptible tendiente a objetar la acumulación ilimitada en tanto fuente de irritantes privilegios, b) una postura *limitativa*, de convalidarla mientras se restrinja la acumulación de riquezas y se introduzcan una firme legislación laboral o gravámenes a las altas fortunas, c) una perspectiva francamente *condenatoria*, por considerarla una manifestación del despojo comunitario que requiere un orden social distinto e igualitario. Un denominador acaso común distinguiría aquellas líneas intelectuales que, apuntalando la capacidad para la acción comunitaria, cuestionan el *statu quo*, aspiran a modificar profundamente la realidad y a guiar la conducta hacia un orden más equitativo, soslayando ex profeso los abordajes autoritarios, elitistas, tecnocráticos, etnocéntricos, neocoloniales, chovinistas y narcisistas junto al resto de las adjetivaciones que hemos enfrentado en el cuadro descrito. Las raíces nutrientes del pensamiento alternativo pueden ser acotadas con mayor nitidez en distintos momentos de flujo popular durante el siglo XX. Una de esas etapas iniciales resultó sintetizada gráficamente por Manuel Ugarte: "*Alrededor de 1900 el mundo parecía una andamiada anunciadora de construcciones o demoliciones […] Los intelectuales de Europa tendían la mano a los obreros, traducían sus inquietudes, apoyaban sus reivindicaciones […] Voces categóricas proclamaban que estábamos a punto de alcanzar en el orden interior la absoluta igualdad social y en el orden exterior la reconciliación definitiva de los pueblos*". Facticidades puntuales habrían de reforzar tales presupuestos: las revoluciones mexicana y soviética, con el marcado intervencionismo del proletariado rural y urbano; el movimiento reformista, con el papel protagónico inédito de los sectores estudiantiles, la lucha creciente por el reconocimiento de los derechos de la mujer, o el ascenso político de las clases medias. Con el correr del tiempo, advendrá una época esplendorosa, de fuerte retroceso conservador y ebullición utópica; ese período encarnado en la cultura liberacionista y el espíritu autogestionario de los años sesenta y el Mayo francés, cuya importancia, según Habermas, solo había sido superada por la destrucción del nazismo en 1945.

El pensamiento alternativo a la globalización neoliberal. No obstante, la verdadera partida natal del pensamiento en cuestión puede atribuirse a la acción dinamizadora de una persona singular: Margaret Thatcher, quien, reflejando la tónica de un nuevo modelo hegemónico, pronunció una frase lapidaria frente a demandas sindicales contrarias a las privatizaciones, a los ajustes salariales y a la desregulación estatal: "No hay alternativa"…, con lo cual se proclamaba la existencia de una única vía para el desarrollo, la del neoliberalismo que sacraliza el valor de un mercado irrestricto. Aún así, más allá del colapso provocado por la experiencia autonomista del neozapatismo en Nuestra América, el quiebre relevante y la carta de ciudadanía del pensamiento alternativo en sí mismo

viene montada a caballo de la alterglobalización o mundialización contrahegemónica, a partir de los sucesos que tuvieron lugar en Seattle en diciembre de 1999, cuando comienzan allí los movimientos multisectoriales (ONG, trabajadores, grupos ecologistas, feministas y estudiantiles) y las concentraciones masivas *versus* colosos planetarios: líderes occidentales (G8), OMC, FMI, BM, o sea, en repudio a un sistema capitalista depredador y excluyente que, lejos de eliminar al Tercer Mundo, como se había anunciado desde la plataforma neoconservadora, genera en cambio un Cuarto Mundo: el de las naciones pobres brutalmente endeudadas. Además de las acciones concretas demandadas por dichas expresiones pluralistas –cerrar los paraísos fiscales, cancelar la deuda externa de los países más subdesarrollados, recuperar las conquistas laborales, en suma, globalizar los derechos humanos, la justicia, los ingresos, la ciudadanía–, lo cual termina precisamente por poner en tela de juicio la misma posibilidad de asociar la democracia –con su ética de la equidad y la solidaridad– a una ideología lobbista del provecho y el interés, como la del neoliberalismo, hasta llegar a generarse la palmaria certidumbre sobre la incompatibilidad constitutiva entre ambas manifestaciones políticas.

Los movimientos alternativos. El movimiento estudiantil y el sindicalismo conllevan en sus expresiones originales una fuerte dosis de pensamiento alternativo, el cual también cabe verificar en hombres de Estado como Hugo Chávez, quien ha propuesto el pluripolarismo y ha estimulado un modelo alternativo llamado ALBA (Alternativa Bolivariana para las Américas) frente a la política unilateral de Estados Unidos y su proyecto de integración, el ALCA (Alianza de Libre Comercio para las Américas), tendiente a legitimar la desigualdad y borrar las instituciones. Paralelamente a las fuertes demandas comunitarias contra las grandes corporaciones económicas y los países centrales –responsables de la deuda externa, el deterioro ecológico y la carrera belicista–, un sinnúmero de agrupaciones civiles esgrimen hoy día el emblema del pensamiento alternativo y movimientos sociales, como el de los ambientalistas y el de derechos humanos o diversas corrientes políticas radicalizadas. Distintos emprendimientos se montan a su vez expresamente sobre la idea de elaborar o respaldar propuestas diferenciadas de las del paradigma consumista depredador. Asimismo, el Premio Nobel Alternativo (PNA) lo concede la Fundación para el Correcto Modo de Vida, creada en 1980 por el germano-sueco Jakob von Uexkull, que quiso honrar las tareas en beneficio de la Humanidad, otorgándose ese cuantioso premio en el Parlamento Sueco, antes de la entrega del Nobel, a luchadores sociales y antiarmamentistas, a defensores de la biodiversidad, a comunidades indígenas, a partidarios de una agricultura orgánica que permita acceder gratuitamente a la alimentación, a propiciadores de la leche materna en contra de su comercialización artificial, etc. Uno de los PNA más destacables fue recibido por el jurista paraguayo Martín Almada, quien en diciembre de 1992 descubrió los Archivos del Terror, dos toneladas de documentos sobre la Operación Cóndor, que dio lugar a los servicios represivos de las dictaduras militares conosureñas. Tras una reunión constitutiva en Montreal, en diciembre de 2002, acabó de crearse el Foro Mundial de las Alternativas, con sede provisoria en Dakar. En su manifiesto inicial puede leerse que el destino de la Humanidad se halla en juego y es tiempo de revertir el curso de la historia, poniendo los adelantos científicos, técnicos y económicos al servicio de las grandes mayorías; que es también el tiempo de derribar el muro entre el Norte y el Sur, de encarar la crisis de civilización, de rechazar el poder del dinero, de transformar el cinismo en dignidad y la dignidad en poder, de reconstruir y democratizar el Estado, de ser verdaderos ciudadanos, de fortalecer los valores colectivos, de despertar la esperanza de los pueblos; que ha llegado el tiempo de la convergencia de las luchas, de los saberes, de las resistencias, de los espíritus, de los corazones, de que un pensamiento creador y universal se abra ante nosotros; hasta concluir, por último, que el tiempo de la acción ya ha comenzado y que ha llegado el momento de constituir un foro de los foros dispersos en el mundo. Otro nucleamiento, el Grupo de Estudio e Investigación sobre las Mundializaciones (GERM), ha colaborado en la noble y extendida causa del enfrentamiento con las políticas e intereses que recubren la ideología deshumanizadora de la globalización financiera: el neoliberalismo, o sea, con el discurso más férreamente estructurado y consolidado en medio de la crisis de las concepciones totalizadoras. Vienen a cuento dos ejemplos del accionar de GERM. Por una parte, su lanzamiento de un diccionario crítico sobre la globalización conservadora, como el presente, que contribuye a cuestionar la globalización de los mercados, la macdonalización de la cultura y el pensamiento monocorde, sin dejar de alentar una mundialización más genuina: la de la justicia y los ingresos, abonando las tesis sobre un orbe más habitable que se formulan en un macroespacio como el de Porto Alegre, donde intentan amalgamarse los movimientos contestatarios, con sus proyectos transformadores y sus variantes identitarias. También cabe mencionar el intensivo simposio transdisciplinario e intercontinental realizado por GERM en París sobre la diversidad cultural con el fin deliberado de ofrecer un mayor basamento al documento sobre el particular lanzado

por organismos representativos, como la Unesco, en su afán por apartarse de los discursos cerradamente occidentalistas que constituyen la cuña cultural del triunfalismo económico neoconservador de ajustar a los más débiles y su versión simplificadora de las culturas periféricas en tanto mero reflejo noratlántico, con lo cual vuelve a erigirse a las potencias septentrionales en vanguardia civilizatoria –como había ocurrido durante el expansionismo decimonónico–. Entre los asuntos centrales –y afines a un pensamiento alternativo– que se plantearon durante este evento parisino se procuró conjugar el humanismo junto a la diversidad.

Conclusión. El pensamiento alternativo se halla vinculado a una cultura de la resistencia, donde grandes luchadores sociales, guiados por un pensamiento emancipador, sostuvieron una gama de instancias alternativas que todavía siguen en pie como desafíos fundamentales para la urdimbre de nuevas utopías y la plasmación de nuestra identidad: en resumidas cuentas, estamos aludiendo al valor de los principios y a la rectitud de procedimientos, a la importancia de la justicia y la equidad frente a modelos posesivos y depredadores, a la búsqueda de una efectiva organización democrática y a la necesidad de avanzar de manera franca en los procesos de integración regional. Sin recaer en antiguas ingenuidades, puede aducirse, como verificable conjetura, que el pensamiento alternativo está llegando para permanecer durante un buen rato. Hacen alusión o invocan directamente a una cultura alternativa un sinnúmero de expresiones: desde el currículo universitario y académico a una variedad de entidades, sin olvidar la cantidad de proyectos, sujetos y espacios alternativos. A título ilustrativo, cabe citar la existencia de una nueva central sindical mundial, la Confederación Interamericana de Organizaciones Gremiales, que plantea la construcción de un pensamiento alternativo –*versus* pensamiento neoliberal globalizador– a partir de experiencias y aspiraciones de los trabajadores y las mayorías sociales excluidas para formar sujetos activos capaces de integrar una nueva sociedad. También se encuentra en Colombia una Escuela Nacional de Pensamiento Alternativo, cuyos diplomados están orientados a generar y consolidar un poder ciudadano para controlar y dirigir a un Estado social y democrático con redes de interacción que permitan implementar políticas públicas. El principal referente de tales opciones anti *statu quo* está dado por el Foro Social Mundial, ese cónclave más multitudinario de la historia universal, entre cuyos ejes temáticos se efectúan explícitas referencias sobre la necesidad de difundir y aplicar el pensamiento alternativo en sus más diferentes perspectivas.

Referencias

F. Ainsa, *La reconstrucción de la utopía*, Buenos Aires, Del Sol, 1999. - H. Biagini y A. Roig (directores), *El pensamiento alternativo en la Argentina del siglo XX*, Buenos Aires, Biblos, 2004 (tomo 1) y 2006 (tomo 2). - H. Cerutti Guldberg y R. Pérez Montalbán (coords.), *América Latina: democracia, pensamiento y acción. Reflexiones de utopía*, México, UNAM, 2003. - F. de Bernard (comp.), *Dictionnaire critique de "la" mondialisation*, París, Le Pré aux Cleros, 2001. - J. Habermas, *La necesidad de revisión de la izquierda*, Madrid, Tecnos, 1996. - E. Montiel (coord.), *Hacia una mundialización humanista*, París, Unesco, 2002. - M. Ugarte, *Escritores iberoamericanos de 1900*, Santiago de Chile, Orbe, 1943.

2. Comunidad y contexto

El concepto de comunidad es central en el debate que el comunitarismo ético ha sostenido contra la ética del individualismo liberal (v. *Comunitarismo e individualismo*). En este debate se confronta la moral del sujeto autónomo que fija sus propios fines y se da su propio discurso, frente a la moral vivida en medio de una comunidad que traza sus fines comunitarios y que nos relaciona a unos con otros. Para el comunitarismo el concepto de libertad es más amplio, más fuerte, y está por encima del concepto de autonomía. El concepto de libertad (v.) implica poder imaginarse en la comunidad donde se vive. El concepto de autonomía, en cambio, se restringe a determinar si en el sujeto moral se dan las condiciones supuestas del ejercicio de la autonomía. Para el comunitarismo, las reglas y principios universales que tienen las éticas individualistas formales deben verse en relación con el contexto, con las situaciones y con las virtudes de los agentes. Debe prestarse atención, por tanto, no solo a que haya principios éticos sino a que existan sujetos morales. De allí que la moralidad pueda ser vista no solo de modo imparcial –al estilo de Rawls–, sino también en una perspectiva de compromiso. Porque más allá de lo que puedan decir la legislación y los principios éticos acerca de la eutanasia o el suicidio y el moribundo, por ejemplo, quien trabaja en salud siente y sabe que tiene una relación con el paciente en la que se establece un compromiso con él mismo. Un compromiso que va más allá de lo que diga la norma jurídica y de lo que en modo

abstracto digan los principios éticos. Por eso vivir en sociedad, dentro de lo cual el campo de la salud no es más que uno de los campos de la sociedad en su conjunto, implica un vivir comprometido. Pensar en más justicia legal, más judicialización de los problemas, más asegurar que hay justicia porque los jueces intervienen y todos los casos van a parar a ellos ya que hay procedimientos adecuados para que todos podamos reclamar y tengamos garantizado el derecho a reclamo, garantiza una administración de justicia eficiente. Pero un país en el cual se goza de un sistema de justicia eficiente no garantiza en ningún caso que ese país haya progresado en su moral. Por eso al tratar de entender la vida buena podemos entender que vivir bien –correctamente–, es seguir lo que las obligaciones morales nos indican. Pero también podemos tener una idea de vida buena cuya medida sea nuestra capacidad de acercarnos cada vez más a los otros en el nacer, el vivir y el morir siendo solidarios con ellos en los ideales de justicia para niños, adultos y mayores, sin importar la clase o grupo social al que pertenezcan. Esta ética de la alteridad otorga al otro un lugar central en la construcción de una bioética regional (v. *Alteridad/otro*).

Comunidad, ethos *y bioética angloamericana*. Es necesario reflexionar sobre las características propias de las comunidades de América Latina en orden a la teoría y práctica de la bioética en la región. Las características de América Latina en su historia social y económica, política y cultural, resultan imprescindibles para una bioética comprometida con los problemas de la vida y el vivir en las diversas comunidades de la región. Al trazar una historia del origen de la bioética, Albert Jonsen (1998) ha defendido la hipótesis de que hay un *ethos* norteamericano que ha dado forma al modo en que los estadounidenses piensan acerca de la moralidad y que este *ethos* ha transformado la respuesta a los desarrollos de la medicina de Estados Unidos en una disciplina y un discurso llamados bioética. *Ethos,* para Jonsen, es el modo característico en el que una población interpreta su historia (v. *Contexto histórico*), su mundo social (v. *Contexto social*) y su entorno físico en orden a formular opiniones y convicciones acerca de qué es lo bueno y qué es lo correcto. No se trata de la conducta de una población en el sentido que pueda describirla un antropólogo, sino del panorama de ideas e ideales por los cuales una población se juzga a sí misma cuando trata de justificar o repudiar su conducta. El *ethos* tampoco es la colección de reglas, principios y valores que se invocan, sino la matriz en la que esas reglas, principios y valores se constituyen. Para Foucault (1984), lo que los griegos llamaban *ethos* era algo así como la actitud o modo de relación respecto a la actualidad, una manera de pensar y de sentir, de actuar y de conducirse que a la vez marca una pertenencia y una tarea (p. ej. la actitud de la modernidad). Pero a la vez, un *ethos* filosófico consistiría en una crítica de lo que decimos, pensamos y hacemos, a través de una ontología histórica de nosotros mismos. El *ethos* norteamericano se caracterizaría para Jonsen por el moralismo, el progresismo y el individualismo. El "moralismo", entendido aquí como distinto de la moralidad, supone la tendencia a transformar todos los aspectos de la vida diaria en cuestiones morales, en una especie de "adicción a la moralización" que termina adjudicando sentido moral a distintos aspectos de la vida. Esa forma caprichosa sería visible tanto en el puritanismo y el catolicismo como en diversas sectas y grupos. El "progresismo moral" implica el espíritu que aspira a un futuro siempre mejor que el presente y que transforma en "misión moral" toda búsqueda de un destino, aun cuando ese camino implique brutalidad y destrucción, ya que toda intención y conducta habrá de ser juzgada a la luz de aquel ideal moral. El sentido de una misión providencial en los puritanos y, sobre todo, del progreso científico y tecnológico como ideas de la Ilustración, el Positivismo y el Pragmatismo, serían convergentes con la aspiración nacional de ascenso político, económico y militar. El "individualismo moral", por último, implicaría la creencia en que la riqueza y la responsabilidad moral residen en el individuo y no en la comunidad; tal como lo sostenido por la doctrina calvinista de la salvación personal, la afirmación cristiana de que cada alma es infinitamente preciosa a los ojos de Dios, el llamado evangélico a un compromiso personal con Jesús, la doctrina ilustrada de los derechos naturales, y la exaltación de la libre empresa y el mercado. Pero este individualismo no es atomístico cuando se une al progresismo para que el futuro mejor se consiga con el trabajo conjunto. Estas tres características se conjugaron en la emergencia de la bioética en Estados Unidos. El moralismo en medicina comenzó tan temprano como en el siglo diecinueve con la codificación de la moral médica. El progresismo fue posterior a la Segunda Guerra Mundial, con la creencia de poder alcanzar con la ciencia y la tecnología una mejor salud para todos convertida en idea de progreso sin límites que fue reforzándose con los nuevos descubrimientos médicos. Y el individualismo profesional que el poder de la ciencia y la tecnología fueron reafirmando con un costo y una dificultad creciente en el acceso a la atención de la salud no encontró en la visión liberal de la bioética de Estados Unidos un cuestionamiento último a los "fines" de la medicina –solo problematizados por algunos autores como Daniel Callahan (1998)–, sino que se convirtió en una vía "justificatoria"

de los mismos. El error de extrapolación del *ethos* angloamericano a otras regiones del mundo, como América Latina, tiene así su triple debilidad en ese moralismo, individualismo y progresismo, que poco tienen que ver con la realidad histórica y social de la moralidad en otras comunidades.

Perfiles de un ethos *latinoamericano*. Cuando se constituyeron los nuevos países independientes y liberales de América Latina, con ello se cerró en cierto modo la vergonzosa historia de la esclavitud. Pero, ¿qué se postulaba entonces que habría de pasar con los siervos indígenas o con su progresivo remplazo por "mestizos" que se había dado en algunos lugares? La propuesta esencial para responder a esta pregunta apareció en el libro *Facundo. Civilización y barbarie* de Domingo Faustino Sarmiento (1845), educador, escritor, general del ejército y presidente argentino. Si la oposición del siglo XV entre civilización y barbarie era aquella entre los poderosos reinos europeos y asiáticos frente a las primitivas tribus africanas, en el *Facundo* el desafío del siglo XIX era el de las concepciones urbanas e industriales de la Europa civilizada contra la barbarie de la mentalidad rural y feudal heredada de España. No es casual que esta propuesta emergiera en un país con el índice más bajo de población indígena y una menor –aunque no exenta– tradición esclavista en la región. Argentina, tan lejos de los imperios indígenas de América, como el azteca y el inca, sin ninguna riqueza en oro, plata u otras especies y con muy poco interés para la administración española, fue el mejor lugar para introducir las ideas liberales. Según estas, los indígenas americanos y siervos mestizos que trabajaban en áreas rurales debían convertirse en peones industriales para las fábricas urbanas o ser remplazados con inmigrantes europeos blancos (v. *Aboriginalidad y nación*). Pero esta propuesta de un desarrollo capitalista en América Latina tomaría un camino muy diferente del de las viejas colonias inglesas y francesas como Estados Unidos y Canadá. La situación regional después de tres siglos de regulaciones españolas y de un sistema jurídico romano, de tradiciones religiosas indígenas y católica, y de una estructura de población con desigualdades sociales y económicas tan grandes, hacía que el *ethos* latinoamericano fuera muy diferente del de otras regiones (Abellán, 1972; Biagini, 1989). El fin de las administraciones española y portuguesa y de su modelo colonial económico y social, dio paso a los imperialismos inglés y francés en América Latina (Galeano, 1971). Las comunidades campesinas (v.) y mineras se habían desarrollado sobre la explotación de la minería de oro y plata, los latifundios de cultivos extensivos, como el azúcar, el cacao, el café, el algodón y la banana, utilizando esclavos negros y siervos indígenas. Pero los latifundios, la fuerza laboral barata, la pobreza y la destrucción ambiental continuaron durante el siglo XIX. El nuevo proceso de concentración urbana, aunque mundial, fue proporcionalmente mayor en las regiones menos desarrolladas de América Latina y las ciudades llegaron a ser la salvación ilusoria de una realidad miserable. La mayor industria colonial regional, que fue la minería de oro y plata, estimuló la aparición y fundó el capitalismo europeo, pero los bienes que llegaron a América fueron cuatro o cinco veces menores que los que se iban y este comercio desigual llegó a ser una constante en la región. En el siglo XIX la producción industrial diversificada presente en estos países les permitía satisfacer ampliamente su consumo, pero esto fue destruido por las doctrinas inglesa y francesa del libre comercio que buscaban introducir sus manufacturas. Las industrias nacionales no pudieron competir sin protección y el rol de países exportadores de materias primas se consolidó (Tealdi, 1993). La economía de América Latina durante el siglo XX (v. *América Latina y la vida económica*) continuó basándose en un comercio desigual, latifundios y fuerza de trabajo barata, pobreza y daño ambiental en la mayor reserva ecológica del mundo, tal como se discutiría en la Cumbre de Río sobre Medio Ambiente (United Nations, 1992). Durante las primeras décadas del siglo XX los procesos de industrialización estimularon la inmigración y el desarrollo de una clase social de trabajadores industriales que fueron representados políticamente en gobiernos populistas en Argentina (Perón) y Brasil (G. Vargas). La triple estructura etnológica de los tiempos coloniales pasó a ser una población diversificada de indígenas y mestizos, negros y mulatos, inmigrantes blancos y criollos. La estructura social, compuesta en su mayoría por trabajadores rurales e industriales pobres y usualmente por un pequeño porcentaje de clase media, mostraba que el 10% de mayores ingresos de la población tenía el 40-50% de la riqueza (World Bank, 1993). Bajo la globalización de finales de siglo, un nuevo fenómeno regional pasó a ser el de una población creciente de gente sin empleo. Los nuevos excluidos del goce pleno de la ciudadanía en Argentina o México coincidían en la protesta social con los indígenas y campesinos de Bolivia o Ecuador.

Si todos estos elementos de la comunidad y su contexto son suficientes para distinguir un *ethos* latinoamericano de otros *ethos* posibles –como el que Jonsen describiera para Estados Unidos– entonces no resultará absurdo denominar como "latinoamericana" a una bioética que tome como materia de su reflexión a ese *ethos*. Aquellos que han pretendido negar esta alternativa no se han abierto

a comprender la posibilidad de una bioética que pueda tener a la vez contenidos universalistas –desde la moral común y compartida de los derechos humanos– y comunitaristas –desde una tradición regional histórico-social y cultural común.

[J. C. T.]

Comunitarismo e individualismo

Cristina Solange Donda (Argentina) -
Universidad Nacional de Córdoba

Comunitarismo e individualismo. El comunitarismo puede ser entendido como una posición ético-normativa que postula sistemas de normas conformados en el seno de una tradición cultural común que define los ideales de vida buena, la identidad colectiva y la pertenencia. El movimiento de crítica comunitarista alberga posiciones antimodernas y antiilustradas, como las de Alasdair MacIntyre, Michael Sandel, Robert Bellah, y posiciones que critican algunos contenidos conceptuales de la Ilustración y la modernidad pero sin adoptar una actitud filosófica antimoderna o antiilustrada, como las de Charles Taylor y Michael Walzer. Más allá de las diferencias, los comunitaristas entienden que los ideales de vida buena con los que los sujetos se identifican generan expectativas normativas mutuas de comportamiento que remiten a una tradición compartida. Es en virtud de esta tradición que la subjetividad adquiere su carácter moral. La motivación que posibilita la vida en comunidad no es ni el miedo ni el interés propio o el interés moral, soluciones clásicas en la explicación de la constitución de la sociedad. Para el comunitarista no sería posible justificar el respeto a normas y principios abstractos que no tendrían sino un carácter instrumental y que, a lo sumo, promoverían relaciones intersubjetivas cooperativas en la medida en que ellas satisfagan intereses privados (Thiebaut, 1992). Además, el término individualismo tiene, al menos, tres sentidos. En primer lugar, puede aludir a un método de explicación, y así el individualismo metodológico pretende dar cuenta de comportamientos sociales macroscópicos a partir de estrategias individuales. En segundo lugar, el individualismo puede ser parte de una descripción que caracterice un conjunto de fenómenos sociales, como es el caso del relativo abandono de los asuntos colectivos a causa del redescubrimiento de la "esfera privada". (Bejar, 1988). En tercer lugar, "individualismo" puede ser utilizado como concepto filosófico-político que legitima instituciones, valores y normas; como ideal (moral) regulador de la conducta. En este sentido, ha estado emparentado con algunas formas de liberalismo. Desde este punto de vista, el individualismo se presenta como una cultura que exalta la expresión del "yo" en su dimensión ético-estético-política; como una forma específica de entender las relaciones de los sujetos entre sí y con la naturaleza que se caracteriza por la defensa a ultranza de las libertades y derechos subjetivos. Esta versión del liberalismo clásico no entiende necesariamente "individualismo" como negación del otro, sino específicamente como actitud defensiva y reaseguro moral-legal de cualquier interferencia del Estado o de los otros en el esquema de intereses, preferencias y deseos de un individuo con la condición de que los efectos de esas preferencias, intereses y deseos no interfieran en los esquemas equivalentes de un tercero (las corrientes republicanas no conservadoras defienden otra versión de derecho individual en términos de no-interferencia arbitraria, concepto que evitaría cualquier sospecha de autonomía absoluta). El individualismo como "valor" moderno vindica la libertad de conciencia, la libertad de expresión, la libertad de elección y la libertad de asociación como libertades fundamentales. En Occidente, una de las características del individualismo del siglo XVIII es el dominio de la igualdad. El siglo XIX destaca la diferencia y la distinción: la noción de libertad se vuelve subjetiva. La sociedad moderna parece tributar culto al individuo y lo lleva a ideal a compartir en un tiempo caracterizado por la indiferencia y la supresión de empresas comunes, producto, según algunos, de una estructura social excesivamente diferenciada (Bejar, 1988). Así, en el orden de las problematizaciones filosóficas se solapan las siguientes tendencias que manifiestan una presencia fuerte en el debate moral contemporáneo: la del individualismo egoísta que recoge los impulsos psicológicos que habían alentado el protestantismo y la mentalidad capitalista, y la del individuo ilustrado, ya sea bajo la inspiración del utilitarismo de John S. Mill o de la filosofía de Inmanuel Kant y sus versiones actuales, con sus diferentes acentos en la idea de autonomía. A su vez, frente al sujeto ilustrado autónomo se levanta la crítica comunitarista que reprueba la excesiva insistencia ilustrada en la validez de un sujeto despojado de identificación y pertenencia.

El concepto de autonomía y los derechos individuales. Por un lado, una de las afirmaciones clásicas en defensa del individuo –"sobre su cuerpo y su espíritu el individuo es soberano"– del filósofo utilitarista John Stuart Mill, sienta las bases del derecho inalienable del individuo a su autodeterminación; por el otro, ese derecho inalienable adquiere en el concepto de autonomía su máxima expresión. Un siglo antes, el filósofo de Köninsberg, Inmanuel

Kant, lanza a los hombres el reto a hacerse cargo de su mayoría de edad, llama a su razón y a su voluntad, exhorta a los hombres a pensar por sí mismos y proclama la autonomía del sujeto moral autolegislador. Para Kant el hombre tiene la capacidad de elección entre ser libre y ser determinado. El hombre en tanto sensibilidad –en tanto pasión y sentimiento– está sometido a la determinación de la naturaleza, pero en tanto ser inteligente puede, por una decisión, sustraerse a esta determinación, constituirse como sujeto libre, rechazar la pasión y querer solamente la realización de la ley moral, es decir, la realización de la universalidad. El hombre puede quererse legislador y sujeto en un reino de fines hecho posible por la autonomía de la voluntad y la independencia del juicio. Para ambos, utilitaristas y kantianos, el punto de vista moral tiene como atributo esencial la imparcialidad, la universalidad, la reciprocidad y la prescriptividad. Los principales ataques a la idea de autonomía vienen de la mano de la crítica a un modelo de libertad negativa –garantizar la no interferencia del Estado o de los otros en relación con el esquema de preferencias de un individuo–. Esta crítica sugiere que la idea de autonomía define la dimensión moral de la subjetividad de un momento histórico pasado y superado, recuerda Thiebaut. Desde esta perspectiva, la categoría de autonomía puede asimilarse al proyecto ilustrado kantiano o al de los utilitaristas del siglo XIX, en especial John Stuart Mill. Ambas perspectivas habrían contribuido a la atomización de los individuos y a un proceso de la subjetividad moral anclado en la capacidad de autolegislación y autodeterminación de los sujetos. Así entendida, la autonomía no permitiría comprender que la subjetividad se constituye intersubjetivamente, la referencia normativa del sujeto a sí mismo no acontecería en soledad y autorreferencialmente sino en el mutuo intercambio de sujetos que entablan entre sí relaciones de entendimiento mutuo. El concepto de autonomía suele explicarse en términos de facultad y capacidad del sujeto moral y es uno de los conceptos centrales de la Ilustración europea. El sujeto moral autónomo fue entendido como "*un sujeto que se libera de la tutela de la autoridad de los poderes tradicionales y que se atreve a pensar, a legislar, a gozar y a crear por sí mismo, libremente, sin más restricciones que las que surgen del necesario pero problemático respeto entre sujetos libres, restricciones que traerán el trazado impreciso y cambiante de fronteras entre lo público y lo privado*" (Vilar, 1996). A la libertad entendida como autonomía le corresponde una diversidad de concepciones privadas de bien. En la fórmula de John Stuart Mill, cada cual es libre de buscar la felicidad a su manera. Así, la autonomía se entiende no como un estado, sino como una facultad que hay que ejercer.

Autonomía e intereses colectivos. Una de las cuestiones problemáticas que debe enfrentar una defensa de la autonomía es la supuesta oposición entre autonomía (individual) e intereses colectivos. Es decir, no se trata solo de la autonomía de los sujetos, sino también de las condiciones de su autorrealización en conjunto; "*la moral se entiende entonces como el punto de vista del respeto universal que sirve junto a otros dispositivos protectores al fin general de posibilitar una vida buena*" (Vilar, 1996). Se trata, en suma, de promover el interés en normas máximamente generales que, a la vez, permitan la orientación al fin de la autorrealización humana. Como dice Vilar en coincidencia con otros autores, en la lucha por el reconocimiento, la relación consigo mismo y la autorrealización individual resultan de la estructura intersubjetiva de la socialización. Además, es probable que la maximización de la libertad y la autonomía personales necesiten de la intervención del Estado a fin de garantizar condiciones socioeconómicas que hagan posible su adquisición y su desarrollo. "*Nadie está capacitado para desarrollar la libertad personal y sentirse autónomo si está angustiado por la pobreza, privado de la educación básica, o si vive desprovisto de orden público*" (Charlesworth, 1996). El derecho de las personas a tener aseguradas sus necesidades básicas –derecho a la salud y a la educación como fundamentales– tiene el reconocimiento de "bien público" y no de "bien privado" que se "compre" por uno mismo. La salud y la educación son dos de las condiciones básicas e irrenunciables para el ejercicio de la autonomía personal.

Ideales de "vida buena" y justicia. Para el filósofo liberal John Rawls, más allá de las diferencias respecto de los intereses en una forma de vida buena (v.), por un lado, y los ideales de justicia (v. *Idea de justicia*), por el otro, una exigencia básica es que en una democracia constitucional la concepción pública de justicia debería ser tan independiente como fuera posible de las doctrinas filosóficas y religiosas. Esto es, una concepción de justicia debería ser política y no metafísica. Una concepción de justicia a partir de la cual puedan debatirse cuestiones como las señaladas, para ser aceptable ha de permitir la participación de y el respeto por la diversidad de doctrinas; el respeto por la pluralidad de concepciones de bien conflictivas e incluso inconmensurables que suscriban los miembros de las sociedades democráticas existentes. Desde una tradición liberal como la de Rawls, la autonomía y la individualidad, tal como la formularan Kant y Mill, en tanto ideales omnicomprensivos, resultan para aquel filósofo prohibitivos al presentarse como el único

fundamento adecuado de la vida moral y social. En este sentido, para Rawls, la justicia como equidad es similar a los liberalismos de Kant y Mill, pero, a diferencia de ellos, el valor de la autonomía forma parte de una concepción política de la justicia y no de una moral comprensiva. En definitiva, el núcleo de la controversia entre discursos relativos a la vida buena de cada uno o de "nosotros" en tanto comunidad y los discursos acerca de qué sea bueno para "todos" podría sintetizarse así: en tanto los primeros dependen de procesos de autocomprensión que tienen lugar en el marco de una biografía o de una forma de vida, los segundos, en la medida en que exigen una mirada descentrada que supere el punto de vista particularista, para ubicarse en la perspectiva imparcial de lo que todos podrían querer, implican una ruptura con toda forma ética concreta, una distancia crítica de los contextos vitales con los que toda identidad está entrelazada (Habermas, 2000). En este punto de la discusión es importante destacar que los procesos de autoentendimiento y heteroentendimiento se dan en el espacio de una moral que, desde el punto de vista antropológico, como afirma Habermas, puede entenderse como un dispositivo protector que compensa la vulnerabilidad estructural de las formas de vida socioculturales. Son vulnerables y están moralmente necesitados de protección en el sentido indicado, los seres vivos que se individuan por vías de socialización. En tal sentido, las morales tienen que solucionar siempre dos problemas de una sola vez: hacer valer la inviolabilidad de los individuos exigiendo igual respeto por la dignidad de cada uno de ellos, y en esa medida proteger también las relaciones intersubjetivas de reconocimiento recíproco en función de las cuales los individuos se mantienen como pertenecientes a una comunidad. Así, por un lado, las corrientes liberales (y la ética formal y universalista que les es consecuente), han de responder a la cuestión de si es posible articular positivamente el ejercicio responsable de la autonomía y la administración de los bienes colectivos y, por el otro, las corrientes comunitaristas (y la ética de la virtud que les es consecuente) han de responder a la pregunta acerca de si es moralmente conveniente que desde la perspectiva de las políticas públicas se establezca lo que es "bueno" para todos y cada uno de los individuos, y qué tipo de interferencias en relación con el ejercicio individual de la libertad pueden ser admitidas, sin contradicción y que excluyan la arbitrariedad.

Referencias

Helena Bejar, *El ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad*, Madrid, Alianza Editorial, 1988. - Max Charlesworth, *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge University Press, 1996. - Jürgen Habermas, *Aclaraciones a la ética del discurso*, Madrid, Ed. Trotta, 2000. - Carlos Nino, *Ética y derechos humanos*, Buenos Aires, Astrea, 1989. - Carlos Thiebaut, *Los límites de la comunidad*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1992. - Carlos Thiebaut. *Vindicación del ciudadano*, Barcelona, Paidós, 1998. - Gerard Vilar. "Autonomía y teorías del bien". En *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía*, Madrid, Editorial Trotta, 1996.

Alteridad/otro

Mónica Cragnolini (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La problemática de la alteridad se ha tornado acuciante a partir de las últimas décadas del siglo XX, sobre todo en conexión con las temáticas del multiculturalismo, la diferencia y la cuestión de lo "políticamente correcto". Sin embargo, es un tema de todo el pensamiento moderno y contemporáneo que adopta diversas figuras en las distintas épocas. Suele señalarse que a los griegos no les interesó la cuestión del otro; sin embargo, es justo recordar que la "fuente" de esta problemática se halla, en cierto modo, en el *Sofista* de Platón, donde se plantea el tema de "lo mismo-lo otro", tema que, en conexión con "lo uno-lo múltiple", adquiere caracteres nuevos en otro diálogo platónico, el *Parménides*. Pero en estos diálogos de lo que se trata es del problema metafísico de "*lo* otro" (lo otro del ser, el no-ser), mientras que en la época contemporánea la cuestión es "*el* otro". Heidegger considera que no puede hablarse de "sujeto" en los griegos, ya que esta es una cuestión típicamente moderna. En ese sentido, podría señalarse que la temática del otro aparece como "problema" cuando en la modernidad se plantea la subjetividad como fundamento de todo lo que es, lo que requiere la pregunta en torno al otro (de mí, del yo) para evitar el solipsismo. Esto no significa que los antiguos no hayan analizado cuestiones que hacen a los "otros" hombres (tema de la ética): lo que podría decirse es que la "problematización" del otro recién se anuncia en la modernidad, y alcanza su mayor desarrollo en la época contemporánea.

Modos de pensar la alteridad. Los modos de "pensar al otro" han sido múltiples. Señalaremos, solo a modo de ejemplo, algunos relevantes a lo largo de la historia del pensamiento, antes de detenernos en tres conceptos claves de la época actual para pensar la alteridad (hospitalidad, amistad, comunidad). El imperativo categórico kantiano parecía marcar de manera clara la importancia de la alteridad, en el respeto al otro como fin y nunca como medio; sin embargo, las críticas al formalismo mostraron que no se trataba allí de la singularidad efectiva, sino de una otredad un tanto abstracta. En Hegel la problemática del otro se plantea en

términos de la lucha por el reconocimiento de las conciencias. Frente al modelo moderno de un yo que se afirma primeramente a sí mismo, Hegel señala la necesidad del otro para que esa conciencia que se establece en su inmediatez como "yo" pueda, en el reconocimiento de la pluralidad de conciencias, y en la puesta en juego de la propia vida en la lucha a muerte, alcanzar el reconocimiento de que es libertad (es decir, que supera el orden de lo natural). La fenomenología ha planteado la cuestión del otro en términos de "intersubjetividad": la conciencia es para Edmund Husserl conciencia de sí, lo que lleva a la pregunta por la existencia del otro y por el modo de constitución del mundo intersubjetivo. El otro se constituye a través de una "transferencia analogizante" del propio cuerpo viviente, y supone el descubrimiento de la reciprocidad de la vivencia del otro, y la constitución de la comunidad humana. Maurice Merleau-Ponty, por su parte, ha insistido en la cuestión de la existencia carnal en la problemática de la constitución del otro (la relación viviente con una conciencia encarnada), en una línea cercana a otros autores que, criticando las dificultades husserlianas para alcanzar el espacio de lo prerreflexivo y lo carnal, han señalado la importancia de la categoría de "existencia" frente a la de "conciencia". En esta línea se entronca también el existencialismo de Jean-Paul Sartre, para quien la cuestión del otro puede ser pensada en términos de interrelación de ese proyecto que somos, que puede objetivarse en la mirada, el amor y otros modos de relación. La posición de Heidegger en la analítica existenciaria del *Dasein* (el modo de ser del existente humano) parece indicar un lugar importante para el modo de "ser-con", como constitutivo del mismo. Sin embargo, la problemática del ser para la muerte generó una serie de críticas, entre ellas las de Emmanuel Lévinas, quien ha caracterizado a la filosofía heideggeriana como un pensamiento de "lo mismo por lo mismo". Frente a esto, Lévinas intenta pensar al "otro en tanto otro", es decir, al radicalmente extranjero. Somos hijos de la filosofía griega, que tiene los ojos puestos en la cuestión del conocimiento, básicamente apropiador (en tanto reductor del otro, para ser comprendido, a la propia mismidad), pero Lévinas recuerda que también somos hijos de la Biblia. De allí que el "humanismo de otro hombre" plantee la presencia de un ser que hace estallar, en alguna medida, toda mismidad homologadora del otro al sí mismo. De Lévinas en adelante, podría señalarse que la experiencia de los campos de exterminio, con su paradigma en Auschwitz, determina una urgencia para pensar la alteridad de una manera más radical. En Lévinas el *rostro* es la huella del *otro*, que inhabilita la posibilidad de ser pensado en relación con un yo (sea por identificación, homologación o apropiación) y exige la respuesta ante el llamado ("Ven"). Por ello la ética está antes que la ontología, ya que el otro (que irrumpe, y es lo radicalmente heterogéneo) nos coloca ante el imperativo ético "No matarás".

Conceptos actuales, hospitalidad. En esta línea de pensamiento, en la que el otro es extranjero, es necesario pensar conceptos como *hospitalidad*, *amistad* y *comunidad*, algunos de los modos actuales de mentar la alteridad. Hospitalidad es un término que remite a Lévinas, y ha sido retomado por Jacques Derrida y Massimo Cacciari, entre otros. En el contexto de la problemática de la unidad europea, la cuestión del "extranjero" devino acuciante, y la hospitalidad se tornó uno de los modos de referirse a la problemática que este "otro" (tal vez, el más "extraño") genera. La idea del "archipiélago" que es Europa como metáfora de la identidad, cuya unidad solo es posible de ser pensada a partir de las diferencias, da cuenta de esta relación con el otro. Europa se ha formado y definido en oposición a su "extraño", Asia, esto hace patente que el *hospes* (huésped, pero en su sentido originario de anfitrión) es posible porque es *hostis* (enemigo, diferente, diverso). La unidad es siempre un producto que resulta de una lucha, pero la armonía de la unidad no puede ser definitiva, porque ello equivaldría a anular la conflictividad propia del diferir. La tensión entre *hospes* (quien recibe al extranjero) y *hostis* (*xénos*, extranjero) no se resuelve en ninguna "paz definitiva". Tanto *hospes* como *hostis* son figuras "dobles" que configuran la identidad: el *hospes*, el que ofrece hospitalidad, puede reconocerse a sí mismo como extranjero, *hostis*, por ello puede reconocer al otro (porque es el otro de sí mismo). La unidad del logos es la de la "comunidad del diferir". Esta comunidad no es una síntesis ni una conciliación dialéctica, sino el reconocimiento de la inapropiable singularidad del otro, que no puede asimilarse al sí mismo. Derrida también ha desarrollado la problemática de la hospitalidad para pensar la cuestión del otro. La noción de *hantologie* (término que se ha traducido como "fantología", para mantener la idea de una "ontología fantasmática") patentiza la condición de fantasmas, no solo de los muertos o los no-nacidos, sino de todo viviente, en tanto está "entre" la vida y la muerte. El otro es el fantasma que aparece cuando quiere, que asedia nuestra casa (nuestro yo, nuestros supuestos "dominios"), y que resiste a toda ontologización: mientras que el muerto está situado y ubicado en un lugar preciso (su tumba), el fantasma transita entre la vida y la muerte, desafiando la lógica de la presencia. En este sentido, es figura paradigmática del otro, en tanto resiste todo intento de apropiación y de programación: no se puede "prevenir" ni "preparar" la visita de un fantasma. El otro, pensado en esta lógica

fantasmática, remite a una "hospitalidad incondicional": la justicia. Mientras que el derecho, como modo de organización de la vida de los "sujetos", genera leyes "condicionadas" de hospitalidad, la justicia supone la incalculabilidad del don. Frente a una "lógica de la invitación", que puede programar (y "calcular") la llegada del huésped, el otro exige una "lógica de la visitación": en tanto fantasma, su aparición es "incalculable" e "improgramable".

Amistad. La imposibilidad de comprensión de la alteridad desde una lógica identificatoria signa a la relación con el otro con la marca de un duelo interminable e imposible. El duelo imposible se hace patente en la relación de *amistad*, otro de los términos actuales para pensar la cuestión del otro. Para Derrida, toda relación con un amigo está marcada por un duelo adelantado: existe una suerte de "pacto implícito" en todo "lazo" de amistad, por el cual se sabe que uno de los dos morirá antes, y deberá recordar al otro en su nombre. El amigo no puede ser reducido (como lo intenta el duelo posible) a un *alter ego* como yo interiorizado, sino que ese pacto del recuerdo patentiza la imposibilidad de reducción del otro a la mismidad. El otro-amigo es siempre el fantasma que quiebra las lógicas identificatorias, contaminando toda supuesta mismidad. La idea de amistad sigue los lineamientos nietzscheanos del "amor al lejano": frente al amor al prójimo, que supone una identificación fagocitadora de la alteridad en una supuesta igualdad (ante Dios), el amor al lejano mantiene la tensión de cercanía y distancia propia de la amistad, tensión que impide las apropiaciones homologantes a la propia mismidad. De lo que se trata, en estos discursos contemporáneos, es de respetar al otro *qua* otro.

Comunidad. Estas nociones (hospitalidad, amistad) encuentran en la idea de comunidad (tal como es trabajada por Maurice Blanchot, Jean-Luc Nancy, Jacques Derrida, Roberto Espósito, Giorgio Agamben y otros) un lugar de configuración. La noción de *comunidad* permite plantearse la pregunta por el *cum* que somos (en tanto comunidad), que no puede reducirse a un "común" de pertenencia. Partiendo de la consideración levinasiana de que el otro, en Heidegger, se ve privado de su alteridad, los autores que plantean la problemática de la comunidad en su vertiente "metafísica" (es decir, como un "modo de ser" del existente humano), apuntan a la pregunta acerca de un *cum* posible que no responda a la necesidad de un sujeto o de un individuo de completarse, hallar la otra parte de sí, sanar sus carencias, etc. Para autores como Blanchot, Nancy, Derrida (del mismo modo que para Lévinas), la relación del hombre deja de ser la de "lo mismo con lo mismo", introduciendo al otro como irreductible, siempre en disimetría. Estos autores insistirán en que la muerte que importa, convoca y llama a responsabilidad no es la muerte propia, sino la muerte del otro. Para comprender esto, tenemos que pensar en términos de una línea posnietzscheana de deconstrucción de la subjetividad moderna, según la cual el sujeto "no dispone" de su tiempo y de su muerte, y no hay "presente" que no esté poblado de "ausencias" (carácter espectral de lo que acontece). Uno de los presupuestos de las posturas más tradicionales con respecto a la problemática de la comunidad es que la misma es una propiedad de los sujetos que une, un atributo, un predicado. Para estos autores, en cambio, la comunidad no es propiedad ni atributo, ya que el hombre no es pensado como "sujeto" (en el sentido moderno del término) que entra en "relación" con otros sujetos. Nietzsche había planteado la pregunta acerca de la "comunidad" de los ultrahombres; Georges Bataille retomará esta idea en la noción de "*la comunidad de los que no tienen comunidad*", expresión trabajada por Blanchot, Nancy y Derrida en la línea de un modo de pensar el ser-con que se expresará como "comunidad inoperante" (Nancy), "comunidad inconfesable" (Blanchot), "comunidad anacorética de los que aman alejarse" (Derrida). En estos modos de comunidad lo que prima es la idea de "comunidad de los mortales", en la que se destaca el carácter de la otredad, que no puede ser reducida a ninguna mismidad. En la línea italiana, Agamben, del mismo modo que Espósito, plantean la noción de lo común paradójicamente a partir de lo "no-común"; es decir, desde la ausencia de signos de pertenencia o propiedad, en clara diferencia con todo planteamiento esencialista. Es necesario tener en cuenta que varias de estas formulaciones se relacionan con una crítica a los modelos de comunidad pensada en términos de proyectos fusionales u operativos, en los que "sujetos" (libres, racionales y autónomos) entran en "relación" con otros sujetos, y forman "lo común". Para los pensadores actuales de la comunidad de lo que se trata es de un modo de ser ("otro modo que ser") previo a toda constitución de subjetividad: "somos" comunidad, y en este sentido el otro ya está presente en toda supuesta mismidad. En este sentido, el otro "en tanto otro" resulta preservado en su radical alteridad: inapropiable e irreductible a la propia mismidad.

Referencias

Giorgio Agamben, *La communitá che viene,* Bollati Boringhieri, Torino, 2002. - Maurice Blanchot, *La Communauté inavouable,* Paris, Éditions du Minuit, 1983. - Massimo Cacciari, *L'arcipelago*, Milano, Adelphi, 1997, versión española: *El archipiélago. Figuras del otro en Occidente,* trad. M. B. Cragnolini, Buenos Aires, Eudeba, 1999. -

Jacques Derrida, *Politiques de l'amitié*, Paris, Galilée, 1994, versión española: *Políticas de la amistad*, trad. P. Peñalver y F. Vidarte, Madrid, Trotta, 1998. - Roberto Espósito, *Communitas. Origene e destino della comunitá,* Torino, Einaudi, 1998. - Philippe Fontaine, *La question d'autrui*, Paris, Ellipses, 1999. - Angel Gabilondo, *La vuelta del otro. Diferencia, identidad, alteridad*, Madrid, Trotta, 2001. - Emmanuel Lévinas, *Entre nous. Essais sur le penser-a-l'autre,* Paris, B. Grasset, 1991, versión española: *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro,* trad. J. L. Pardo, Valencia, Pre-textos, 2001. - Jean-Luc Nancy, *La communauté désoeuvrée*, C. Bourgois, 1986, versión española: *La comunidad desobrada,* trad. P. Perera, Madrid, Arena Libros, 2001.

Contexto histórico

José Schmidt (Argentina) - *Universidad Nacional del Sur*

Cómo se define contexto histórico. De modo general, *contexto histórico* puede definirse como "entorno propio de un hecho histórico", es decir, el conjunto de los elementos, situaciones y circunstancias de cualquier índole que condicionan o determinan los acontecimientos. Por extensión, también se llama así al marco conceptual o epistemológico con referencia al cual se conciben y valoran dichos hechos, se seleccionan datos y se definen las situaciones relevantes. A su vez, suele equipararse este concepto a una determinada tendencia social, a una serie de factores inhibidores o potenciadores de acciones tanto individuales como grupales; en especial a las fuerzas efectivas que interactúan en el ámbito social y que contribuyen o no a la continuidad de la tradición.

Contexto como entorno. El término *contexto* proviene de la lingüística y con él se hace referencia en general al entorno discursivo del cual depende el significado de un enunciado o texto determinado. En el ámbito historiográfico, se habla de *contexto* (o también *trasfondo*) *histórico* para designar el entorno de un hecho histórico dado. Si no puede interpretarse de manera adecuada un texto o pasaje aisladamente de su contexto de enunciación o producción, análogamente un hecho histórico no puede ser apreciado sin hacer referencia a las circunstancias que lo rodean. Para explicar un determinado hecho o conjunto de hechos pasados, el historiador suele recurrir a un gran número de elementos vinculados, por lo general de manera casual, con el suceso que pretende explicar. Este entramado o conjunto de datos de que dispone a la hora de explicar cualquier suceso pasado, por supuesto, no siempre es exhaustivo y bien puede ser enriquecido con nuevos aportes y descubrimientos. Por esto mismo, resulta a veces problemático fijar el criterio según el cual se determina cuáles son los datos relevantes y los elementos integrantes del contexto histórico de un acontecimiento dado. Dicha dificultad está asociada a la reconocida complejidad de la explicación histórica que ha provocado encendidas controversias (Cornblit, 1992).

Contexto como marco conceptual. La tarea historiográfica, la selección de datos, el adjudicar a ciertas situaciones el carácter de relevantes, o bien la mera acción de catalogar un hecho como histórico supone la presencia de un marco conceptual o epistemológico que permita comprender o explicar los acontecimientos pasados referidos al ser humano. Este marco conceptual funciona a su vez como guía en la investigación y en la búsqueda de datos pertinentes. En parte, entonces, es un producto consciente del historiador. Por lo general, en toda narración histórica se encuentran explícita o implícitamente ciertas generalizaciones sobre relaciones causales entre sucesos, o bien se formulan leyes sobre el desarrollo histórico. Así, algunos apelan incluso a una supuesta meta futura a la que se encamina el proceso histórico. Sin embargo, ciertos historiadores y filósofos han puesto en duda la posibilidad de eludir la relatividad de puntos de vista o el horizonte intelectual propio de cada época. En efecto, aunque no determine un entorno en particular, la actividad de los historiadores, ineludiblemente, al menos sí la condiciona. La escuela de los *Annales*, por ejemplo, ha tenido un significativo influjo en numerosos historiadores latinoamericanos.

Contexto como tendencia. En estrecha relación con las dos acepciones anteriores, se identifica el contexto histórico con una tendencia social no solo pasada sino que actúa en el presente. Por ejemplo, se utiliza la expresión "el actual contexto histórico" para hacer referencia a uno o varios factores inhibidores o potenciadores de acciones tanto individuales como grupales, ya sea en los ámbitos científico, cultural, ético o religioso. Existe un reconocimiento generalizado de que las normas sociales o pautas de conductas presentes tienen su origen en el pasado y, por ende, se habla de contexto histórico para designar especialmente las fuerzas efectivas que interactúan en el ámbito social y que contribuyen o no a la continuidad de una tradición determinada. Así, la denominada presencia de lo arcaico en lo presente, o simplemente el peso de la tradición, estaría en contraposición con las ideas políticas o artísticas innovadoras que intentaran instaurar nuevas pautas de conducta.

Referencias

Oscar Cornblit, *Dilemas del conocimiento histórico: argumentaciones y controversias*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1992.

Contexto social

Fabio Álvarez (Argentina) - *Universidad Nacional del Sur*

Se trata del dominio en el que las diversas variables políticas, económicas, culturales, educativas, valorativas y epistémicas interactúan con los seres humanos en general y con cada sujeto humano en particular, cualificando el instante histórico y concreto. Cualificación que dependerá, como mínimo, de dos factores: a) de cómo se articulen las variables respectivas, y b) de la participación crítica y activa de toda la población del lugar, motivada no solo por la pregunta acerca de qué modo de vida es deseable para un buen vivir, sino también por la producción y apropiación de sentido de ese vivir. Desde esta perspectiva, toda administración in-equitativa e irresponsable de las diferentes variables respecto a la población de una determinada región, conduce al detrimento de la condición humana. Afectando, de este modo, al conjunto de elementos que con-forman y sostienen la identidad, la libertad y la justicia de ese ámbito humano. Pues el contexto social no es una entidad abstracta, sino una red de subjetividades conexas. Las mismas que lo hacen y le dan forma a través de la dimensión humana dialógica e intersubjetiva, basada en el decir, en el escuchar al otro en calidad de diferente y en un argumentar que tiene en cuenta los deseos y las necesidades propias de la región históricamente situada.

Relevancia y alcance del contexto respecto a la identidad social. En cualquier ámbito o dominio humano, llámese pueblo, ciudad, país o continente, se presupone un mundo común, un fondo compartido de interpretaciones, reglas y formas de vida o conducta. "Mundo común", otra de las formas para designar a ese contexto vivido y compartido que nos une al otro; que es la mismísima sustancia de la sociabilidad, de la identidad social. Pues, por un lado, el contexto es ese espacio concreto en el que no solo se interrelacionan las diferentes variables mencionadas, sino también desde donde surgen las utopías personales y colectivas; desde donde se realiza la crítica a todo tipo de ideología injusta y humanamente indigna. Por otro lado, el contexto es ese escenario en el que cada sujeto se presenta como narrador de su vida; escenario que adquiere su identidad y cualidad social de las prácticas narrativas intersubjetivas. Es entonces cuando, de cara al contexto, se desarrollan la praxis social, las acciones individuales y conjuntas, la participación mancomunada dentro de las instituciones. En este plano, es importante destacar la iniciativa que ha tenido la ética del discurso, al señalar la obligación y necesidad comunitaria de institucionalizar los discursos prácticos y resolver los conflictos morales, religiosos, económicos y, quizá, hasta políticos, a través del diálogo. Adhiriendo a la consigna de que todos los implicados en el conflicto deben participar del debate en cuestión, escuchando y siendo sujetos con derecho a la argumentación. La ética del discurso es una de las éticas que briega por sostener un principio universal. En este caso, de procedimiento: "*Solo pueden reivindicar lícitamente validez aquellas normas que pudiesen recibir la aquiescencia de todos los afectados en tanto que participantes en un discurso práctico*" (Habermas, 2000). Lo más destacable de la ética discursiva es el hecho de haber marcado los límites de todo comunitarismo exacerbado y cerrado sobre sí mismo, donde el contexto compartido soslaya el plano social, el plano de socialización e intercambio con otros contextos, cerrándolo sobre su propia identidad. Característica que se observa en las posiciones fundamentalistas. En vistas a esto, la ética del discurso también llama al diálogo intercultural, al diálogo con la diferencia, al respeto y a la tolerancia.

El contexto social en relación con las éticas de la particularidad. En nuestra realidad latinoamericana y en nuestra contemporaneidad, hay algo que está más acá del razonamiento y del concepto puro, y es la historia y la tradición que marca nuestro contexto. Hay una comunidad y un proceso de socialización anterior a cualquier tipo de individualismo. Elementos que muestran la búsqueda de una moral sustantiva, de un retorno a la particularidad, a las formas de moralidad concreta, negando cualquier noción ética más allá del horizonte de una sociedad dada en un momento histórico dado. Es decir, se advierte que los "principios morales" deben ser sopesados y, a veces, hasta inducidos, del contexto social en cuestión, históricamente situado, determinado por sus conflictos y necesidades más apremiantes. De este modo, pueden indicarse tres cualidades que presentan este tipo de éticas contextuales al dar relevancia a: i) las formas de sensibilidad moral; ii) el carácter imprescindible del juicio y su índole contextual; iii) el carácter material, histórico y cultural de los valores y de los criterios de valoración morales. En otras palabras, son éticas que procuran "*la recuperación de los elementos normativos y sustantivos que determinan, en una tradición moral dada, cuáles son los bienes que deben ser deseados y que han sido decantados del conjunto de prácticas y de discusiones en las que las sociedades han ido definiendo su identidad moral*" (Thiebaut, 1996). Por ejemplo, la reivindicación de la sensibilidad moral da cuenta de la complejidad del sentido del hecho moral, de la fragilidad de los sentimientos morales y de los deseos que entran en juego a la hora en que se suscitan los conflictos dentro del contexto sociomoral. De este modo, "*en el mundo de lo social, la complejidad es*

el estado natural de la realidad, en el que cada momento crea nuevas indeterminaciones y abre amplias probabilidades. Las soluciones están en el mismo proceso y solo advienen a través de la participación y de la implicación de todos los interlocutores" (García Roca, 2001). Pues es dentro del contexto social donde los sujetos forman, con-forman y re-forman su carácter personal, su talante ético, a través de la narrativa que hacen de sí mismos, a través de las narrativas escuchadas y a través de la dimensión humano-dialógica, respetuosa frente al decir del otro.

La particularidad y la interpretación crítica del contexto sociosanitario. Es importante, entonces, este retorno al mundo de vida moral, al contexto social históricamente situado, para dar cuenta del fenómeno moral. Se resalta que no cabe pensar lo justo si no es como forma del bien, y que este tiene una inaplazable referencia contextual. Así, "*las formas particulares de la vida moral concreta serían las que determinarían las diversas concepciones operantes de los justos en las diversas esferas en las que aplicamos de hecho esta noción*" (Thiebaut, 1992). El problema existiría al ver bajo qué criterios y parámetros normativos se conciben las diferentes formas del bien, oscilando siempre entre el bien individual y el bien común. Problemática que hoy está pensándose desde los Derechos Humanos. Ahora bien, los juicios morales se articulan, como ya se ha dicho, en un determinado contexto y son no solo los que guían cualquier tipo de decisión ética, sino también a través de los cuales se desarrolla parte del proceso de socialización y del encuentro con el otro. Siendo el contexto la amalgama en la cual se entretejen los diferentes discursos (morales, económicos, valorativos, etc.) y el lugar donde van conformándose el carácter y la sensibilidad moral. Dicho esto, es sumamente importante desarrollar una revisión crítica –hermenéutica– en la multiplicidad de relaciones entre la sociedad contextualmente situada y el devenir histórico que la determina, entre el sector hegemónico y el excluido. Esto equivale a tomar una posición contraria a aquellas que naturalizan las relaciones no equitativas. Hoy sabemos, por ejemplo, que la salud –contexto sociosanitario– pervive bajo el accionar del paradigma positivista. Entendiéndose este como "*el sistema médico oficial, poco dispuesto a atender las necesidades y demandas de la gente que no se planteen en términos médicos*" (Kalinsky-Arrúe, 1996). En otras palabras, es un modelo asistencialista y paternalista que no permite actuar sobre las causas reales de los problemas, anulando al sujeto –al otro, al diferente–, en este caso al paciente, como poseedor de un saber y conocedor de sus propias necesidades. Este estereotipo de accionar médico, además, fija las variables del contexto sociosanitario, las inmoviliza, y no da espacio alguno para el ejercicio de las capacidades narrativo-biográficas del enfermo. Aquellas que manifiestan la estructura social y personal del sujeto, su entorno, sus anhelos y sus sentimientos. Tarea de revisión que lleva adelante la bioética basada en el modelo narrativo respecto a la relación médico-paciente. De esta forma, puede decirse que en todo contexto social "lo no-sintetizable por excelencia es la relación entre los seres *humanos*" (Lévinas, 1991). Esencia de todo contexto social con apertura y hospitalidad frente al otro, al diferente.

Referencias

Joaquín García Roca, *Ética, ¿un discurso o una práctica social?*, Buenos Aires, Paidós, 2001. - Jürgen Habermas, *Aclaraciones a la ética del discurso*, Madrid, Trotta, 2000. - Kalinsky-Arrúe, *Claves antropológicas de la salud*, Buenos Aires, Miño y Dávila, 1996. - Emmanuel Lévinas, *Ética e infinito*, Madrid, Visor, 1991. - Carlos Thibeaut, "Sujeto moral y virtud en la ética discursiva", en *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía*, Madrid, Trotta, 12, 1996. - Carlos Thibeaut, "Neoaristotelismos contemporáneos", en *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía*, Madrid, Trotta, 2, 1992.

Comunidades campesinas

Javier Luna Orozco (Bolivia) - *Comité Nacional de Bioética*

Naturaleza, comunidades campesinas y sobrevivencia humana. Una vez que el hombre estuvo preparado para dejar de ser trashumante en pos de condiciones fluctuantes de sobrevivencia, identificando lugares propicios que le ofrecían seguridad alimentaria, con el cultivo de la tierra y la crianza de animales, se dio lugar a los primeros grupos sedentarios que, al estar vinculados en torno al interés común de un determinado "campo" de tierra fértil, originaron *de facto* las primeras *comunidades campesinas* o agrarias. Dichas comunidades se transformarían inicialmente en Ciudades-Estado con sus respectivos territorios de influencia, combinándose más tarde ambas realidades existenciales, citadina y rural, cada una con sus propias características. Se destaca entonces que este proceso se gestó a partir de la tierra, resultando inconcebible la sobrevivencia humana si no se diera, simultáneamente, la sobrevivencia de aquella, con su expresión polifacética y maravillosa: *la naturaleza*. Ello es causa de enorme y justificada preocupación de la bioética ecológica o macrobioética, porque el hombre "civilizado" contemporáneo, atribuyéndose la potestad de "amo y señor de la creación", la recrea, la transforma, o descubre sus más profundas intimidades, atentando permanentemente contra ella.

La organización social comunitaria de los pueblos originarios en América. La tierra fue el eje central de las grandes civilizaciones americanas, apropiadamente llamadas por esto *telúrico-cosmogónicas*, desde la olmeca, maya o mixteca, pasando por la azteca, chibcha, chavin, paracas, mochica, icanazca, chimu y la más desarrollada del período preincaico, cual fue la de Tiahuanaco, hasta la quechua – inca del Tahuantinsuyo (la de los cuatro reinos o *suyos*) –que, incluyendo a Ecuador, Perú y Bolivia, se extendió desde el Sur de Colombia hasta el río Maule, en el centro de Chile, y Cuyo y Tucumán en la Argentina. Es interesante señalar la similitud de los sistemas sociales comunitarios y el manejo del territorio que se dio entre los aztecas y los incas. También es importante considerar a los pueblos indígenas en sus relaciones económicas y sociales con las que pudieron mantener sistemas milenarios de equilibrio entre sus poblaciones y la naturaleza. Un ejemplo de ello fueron las ingeniosas *chinampas* aztecas, tierra cultivable puesta en grandes cestas de mimbre fijadas al fondo de los lagos, o las terrazas de cultivo de los *suka kollu* andinos que, al estar dispuestas en diferentes alturas de pisos ecológicos permitían técnicas hidráulicas eficientes de bajo impacto en el equilibrio ecológico de la zona. Tanto los *calpulli* de los aztecas, como los *ayllus* de los incas, fueron comunidades de habitantes que, en el caso quechua, se establecían en un área o lugar territorial denominado *marca*, a partir del cual se cumplía el trabajo comunitario del *ayni* para la producción agrícola, regadíos, construcción de caminos, retribución de las cosas dadas en calidad de obsequio, y prestación de servicios solidarios y recíprocos; o de la *mita*, que exigía turnos de trabajo y relevo obligatorios para el laboreo de las minas y las construcciones. Ningún individuo tenía tierras para usufructo personal y el beneficio colectivo resultaba del aporte que cada quien hacía para el conjunto, lo cual nos recuerda páginas de la *Utopía* de Tomás Moro y no fue pasado por alto por muchos analistas del presunto socialismo o comunismo del imperio quechua. Son referentes permanentes sobre el tema los que acertadamente citan José Antonio Arze en *Sociografía del incario*, el alemán Federico Engels con su obra *Origen de la familia, de la propiedad privada y del Estado*; el francés Louis Baudin en *L' Empire Socialiste des Inka*; el belga M. Georges Rouma en *La civilisation des Inkas et leur Comunisme Autocratique*; los peruanos José Carlos Mariátegui en sus *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*, Víctor Raúl Haya de la Torre en *Antiimperialismo y el APRA* y Víctor Basadre en *Historia del derecho peruano*; los bolivianos Bautista Saavedra en *Ayllu* y Rafael Reyeros en *Caquiaviri* y el *Pongueaje*; el argentino Arturo Capdevila en *Los Hijos del Sol*, y el ecuatoriano Pío Jaramillo Alvarado en *El indio ecuatoriano*; aparte de los muchos cronistas, entre los cuales destacan Garcilazo de la Vega, Cieza de León y Guamán Poma de Ayala.

La destrucción de las sociedades originarias por la conquista. No obstante, la conquista desestructuró toda esa organización social comunitaria, y no estuvo inspirada en sentimientos de solidaridad y desarrollo hacia las nuevas tierras y sus gentes; por el contrario, según lo afirma Thorstein Veblen, fue *una empresa de rapiña, atizada e inflamada por el fanatismo religioso y la vanidad heroica*. El conquistador, adiestrado en el arte de la guerra, por ser esta un hecho continuo en la historia de Occidente, se impuso por la violencia y la muerte, frente a grupos humanos de mayor o menor desarrollo; los últimos, menos organizados, pero quizá más aguerridos y por eso mismo más rápidamente diezmados, al oponer una resistencia bélica en notable desigualdad de condiciones, cediendo el paso, casi por completo, a otro habitante de raza diferente y, por tanto, portador de cultura, lengua y religión también diferentes. Para el caso del imperio incaico, el conquistador, más que imponerse se estableció, y no tanto por la violencia de la guerra, que no fue en extremo necesaria, cuanto por el pasmo inicial que causó su insólita presencia ante una sociedad pacífica y civilizada; una sociedad con reglas de vida y costumbres distintas, estructura de Estado, edificios urbanos, religión articulada y técnicas avanzadas para el trabajo de la tierra que hicieron de ella la más progresista sociedad agrícola del continente. Al resultar imposible aniquilar o someter de un golpe tal sociedad, cuya población alcanzaba los doce millones de habitantes, el drama surgió después, cuando con el asentamiento del conquistador se dio inicio a la destrucción del imperio, desarticulando sus cuadros sociales, interrumpiendo su tradición agrícola, imponiéndole con la cruz y la espada una nueva fe y, peor aún, sometiendo a sus habitantes con los métodos que ellos mismos habían aplicado para construir su civilización y cultura, como fue el caso de la *mita* para la explotación de las minas, a más de los impuestos por los españoles, como los *repartimientos*, las *encomiendas* y el *postillonaje*.

De la explotación del campesinado indígena al hambre y la desnutrición. Con este dramático cambio, el trabajo de la tierra fue descuidado y dejó de obedecer a un sistema de producción y abastecimiento alimentario y uniforme, como sucedía con el *ayni* de los *ayllus* durante el imperio, ya que los españoles, percatados de la riqueza mineral de los nuevos territorios, dirigieron todos sus esfuerzos de organización hacia la explotación minera. Con ello provocaron escasez alimentaria para el poblador

rural, porque era a los centros de explotación minera adonde se trasladaban y concentraban los alimentos para abastecer los requerimientos de las grandes poblaciones. Así se dio lugar a situaciones de hambruna en otros lugares menos productivos, como sucedió en el año 1597 en la ciudad del Cusco por el traslado del ganado lanar para su consumo a la ciudad de Potosí, fabuloso centro productor de la plata desde su *Cerro Rico* y minas aledañas. Desde entonces, el campesino indígena adquirió el hábito de comercializar su producción agrícola en las grandes concentraciones urbanas, conformándose con muy poco para su consumo, afectando su nutrición y la de sus hijos. Por eso es que en el momento actual los países americanos con mayor concentración de población indígena se sitúan entre los que tienen más elevados índices de desnutrición en el mundo. La situación de explotación del indio se prolongó durante tres siglos, antes de que se sobrepusiera a la enorme y traumática transformación que significó la conquista, con las primeras insurrecciones indias del siglo XVII, seguidas de los movimientos libertarios de los patriotas criollos que desencadenaron en forma irreversible la *Guerra de los 15 años,* hasta 1825, año de la independencia del Alto Perú, hoy Bolivia, paradójicamente el último territorio en independizarse, habiendo sido el primero en levantarse con sus indios, para conseguir la libertad de América. Conseguida la libertad y establecidas las nuevas repúblicas, la situación a favor de los indios no cambió pese a las medidas reivindicativas que se dictaron, devolviéndoles en algunos casos el derecho comunario de propiedad de la tierra, hasta que, replegadas las tropas guerreras de los Libertadores, se inicia la torva conspiración contra las medidas de liberación del indígena y su incorporación como ciudadano a los nuevos Estados, siendo los militares y civiles que en el pasado habían servido al régimen colonial y heredaron su estatus social, quienes empezaron a conspirar para impedir que los indígenas reivindicaran sus derechos y sus tierras, manteniéndolos como siervos.

Las comunidades indígenas campesinas en Bolivia. La característica más o menos común de lo sucedido con las comunidades indígenas americanas, nos muestra al caso boliviano como representativo de lo que sucede y puede suceder a futuro con las *comunidades campesinas.* En efecto, la Revolución Nacional Boliviana del año 1952, entre los muchos cambios que para bien o para mal produjo, reivindicó la tierra para el indio originario que, al considerarse ofensivo el término, fue bautizado con el eufemismo de *campesino*, a sabiendas de que los obreros, los pequeños comerciantes y quienes cumplen los menesteres más humildes de la organización social son esos mismos indios campesinos migrados a las ciudades en búsqueda de mejores condiciones de vida. Esa reivindicación de la tierra, calificada como "Reforma Agraria", arrebató la tierra a los patrones terratenientes, pero lejos de restituir la ancestral comunidad agraria del *ayllu*, generó el minifundio, entregando a cada padre de familia campesina una parcela de tierra (a la manera del *tupu* del incario), lo cual lo hizo propietario de la misma con sucesión hereditaria, hasta subdividirla de tal manera que hoy apenas rinde para un precario sustento alimentario de las familias campesinas que continúan sumidas en condiciones de vida miserable. Obviamente la mecanización del agro resultó imposible con tal procedimiento, consiguiéndose solo la conformación de pequeñas cooperativas agrícolas por iniciativa de los mismos campesinos, sin el necesario asesoramiento técnico y económico, para hacer de esas cooperativas pequeñas empresas verdaderamente productivas, diversificadoras y comercializadoras de productos agrícolas, sea para el consumo interno o para la exportación. Lo paradójico fue lo sucedido con las tierras fértiles del oriente boliviano que, al mismo tiempo de haberse propiciado el minifundio del Altiplano y los Valles, se dieron como grandes concesiones agrarias a estancieros ganaderos y colonizadores inmigrantes japoneses y menonitas, sin respetar el derecho de propiedad ancestral de los territorios en los que estuvieron asentadas las numerosas etnias de los pueblos originarios. Toda esta situación, insostenible, ha dado lugar a iterativas crisis que dicen que la resistencia de los campesinos a la pérdida de sus derechos sobre la tierra y la depredación de la misma ha fortalecido diversos movimientos ideológicos. Ejemplo de ello son el Katarista o las organizaciones sindicales que, pese a lo desperdigado de la población rural en pequeños grupos comunarios, sus diferencias etnoculturales y la influencia clientelar que los partidos políticos y gobiernos civiles y militares han ejercido sobre ellos, han logrado cohesionarse hasta constituir la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB) y la Confederación de Pueblos Indígenas de las Tierras Bajas del Oriente, Chaco y Amazonía de Bolivia (Cidob). Esta última organizó la impresionante Marcha por el Territorio y la Dignidad que, durante treinta días, entre agosto y septiembre de 1990, se desplazó desde San Ignacio de Mojos hasta la ciudad de La Paz, para reivindicar cuatro puntos de su lucha: Territorialidad, Autonomía de sus pueblos y sus organizaciones indígenas, Defensa de su derecho consuetudinario y Desarrollo y reproducción de sus valores culturales tradicionales y el uso de su lengua en la educación intercultural bilingüe. Con el antecedente inédito de un indígena (Evo Morales) en la Presidencia de la República es de suponer que se den sustanciales medidas a favor

del campesinado y los pueblos originarios, como su incorporación a la Asamblea Constituyente, que tiene el cometido de cambiar la Constitución Política del Estado. Es posible que entonces se alcance el respeto a los territorios comunales y la concreción de grandes cooperativas agrarias con ciudades intermedias que, a manera de eslabones con las ciudades grandes, permitan a los campesinos mayor desarrollo integral, acceder más fácilmente a los mercados comercializando directamente sus productos sin intermediarios, arraigo rural más fuerte, mejor educación para sus hijos, y gozar de un seguro de salud que al presente no tienen y que apenas cubre al 20% de la población boliviana. Cabe señalar finalmente que el mejor custodio de la tierra es, ha sido y seguirá siendo el comunario aborigen, porque desde sus ancestros ha sabido armonizar su relación con ella, agradeciendo los frutos que le brinda para su sobrevivencia.

Referencias

Kathy Mihotek (editora), *Comunidades, territorios indígenas y biodiversidad en Bolivia*, Santa Cruz, Cimar-Universidad Auntónoma Gabriel René Moreno, 1996. - José Antonio Arze, *Sociografía del incario*. La Paz, Editorial Ferrier, 1952. - Javier Luna Orozco, *Tamayo, significación y trascendencia*, La Paz, primera edición, 1996. - Silvia Rivera Cusicanqui, Luchas campesinas contemporáneas en Bolivia: el Movimiento Katarista, en *Bolivia hoy*, Siglo XXI Editores, 2da. edición, 1987.

Aboriginalidad y nación

Claudia Briones (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Problemas de definición y denominación. Indios, indígenas, aborígenes, nativos, son algunos de los términos usados para referir a pueblos muy diversos que, para el sentido común prevaleciente, remiten a distancias temporales ("los que estaban antes"), espaciales ("los que están lejos", en colonias ultramarinas o en reservaciones), y culturales ("los que son distintos", salvajes, primitivos, simples). Pero como advierte Guillermo Bonfil Batalla (1972), la categoría "indio" no es descriptiva sino estructural, pues resulta de relaciones de explotación y dominación engendradas por la situación colonial. Jeremy Beckett (1988) agrega a ello la idea de que todo lo que en cada momento y lugar signifique y apareje ser indígena constituye una construcción cultural –la aboriginalidad– en la que intervienen distintos actores, además de los mismos indígenas. En todo caso, más allá de cómo relaciones y formas de categorización se pongan en contexto, las palabras están cargadas de historia y estigmas. Por eso, cuando los indígenas reclaman ser considerados *Pueblos originarios,* están enfatizando que no son individuos sueltos, sino conjuntos sociales preexistentes respecto del ordenamiento colonial del mundo heredado y vivificado por los Estados-nación modernos, lo cual les habilita derechos especiales a su identidad y autodeterminación, a su territorio y a su participación en la gestión de sus recursos e intereses.

La co-producción de aboriginalidad y nación: homogeneidades y heterogeneidades. Aun habiendo parámetros clave como la autoctonía, afirmar que la aboriginalidad es una construcción de alteridad a cargo de múltiples actores conlleva advertir que cualquier definición de lo que implica ser indígena es relacional y pasible de ser disputada, pues a menudo refleja o refracta la forma en que imperios y Estados definen la identidad de los súbditos y ciudadanos deseados o considerados "normales". Es siempre con base en relaciones de poder que asignan solo a algunos la capacidad de establecer qué se considera "la norma", y que la idea de quiénes son "diferentes" –y qué deben hacer o dejar de hacer para convertirse en súbditos o ciudadanos "regulares"– se carga de significados específicos según lugares y épocas (Briones, 1998). Más allá de estas especificidades, con frecuencia la discriminación y la estigmatización operan en estos casos enfatizando selectivamente aspectos biológicos y/o culturales como causa de las desigualdades padecidas. Así, condiciones materiales de existencia deficientes se presentan como consecuencia de incompetencias inherentes a los pueblos, en vez de ponerse en el contexto de una historia de despojo y dominación. Reconocer que distintos ordenamientos coloniales y estatal-nacionales darán como resultado distintas construcciones de aboriginalidad adquiere importancia a nivel de representaciones sociales y para comprender las variadas políticas adoptadas. Hoy que asistimos al progresivo reconocimiento jurídico de derechos culturales a nivel interestatal y estatal con base en la idea de que la diversidad cultural es un valor, notar que existieron y existen diversas formas de entender la aboriginalidad es vital para comprender las distintas resistencias e implementaciones que hacen los Estados de marcos jurídicos internacionales consensuados para el reconocimiento de los derechos indígenas.

Bases éticas del reconocimiento de los derechos indígenas. No obstante la variabilidad señalada, la ética de este reconocimiento se relaciona con los procesos históricos que han dado lugar a la pre-existencia y persistencia de los pueblos originarios. De acuerdo con principios hoy ampliamente aceptados, se parte de una serie de premisas. Primero, y sin menoscabar la eficacia material y simbólica de determinadas prácticas, no hay culturas que en conjunto sean mejores o peores que

otras. Segundo, y concomitantemente, ningún colectivo tiene derecho, en ninguna circunstancia, de forzar a otro a cambiar o abandonar sus prácticas y creencias, pues cambiar es también un derecho. Tercero, los procesos de conquista y colonización iniciados por imperios coloniales y continuados por Estados-nación modernos que resultaron de esos mismos procesos se basaron en una activa negación y exacción de los territorios, recursos, fuerza de trabajo y eventualmente saberes de los pueblos originarios, imponiéndoles formas de ciudadanía que la mayor parte de las veces se basaron en los parámetros y valores que les eran ajenos. Se deriva de ello una serie de nuevos principios de convivencia. Si por pertenecer a un determinado Estado-nación los integrantes de los pueblos originarios poseen todos los derechos ciudadanos correspondientes, los derechos especiales que hoy les son reconocidos deben verse como apuntando a saldar la deuda histórica resultante de su sometimiento. Aunque ancladas en la historia, las particularidades culturales de los pueblos y los derechos que genera su reconocimiento no son temporarios, por lo que introducen el requisito de concebir ciudadanías diferenciadas que den cuenta de la diversidad cultural que atraviesa toda sociedad. Si negar la diversidad interior de todo Estado-nación presupone incurrir en injusticias de variado tipo, la creación de ordenamientos que permitan expresarla y recrearla garantizando igualdad de posibilidades y libertad de decisión y participación para todos es un signo de vitalidad y fortaleza.

Referencias
Guillermo Bonfil Batalla, "El concepto de indio en América: una categoría de la situación colonial", México, *Anales de Antropología* Nº 9, 1972, pp. 105-124. - Claudia Briones, *La alteridad del Cuarto Mundo. Una deconstrucción antropológica de la diferencia*, Buenos Aires, Ediciones del Sol, 1998. - Jeremy Beckett (ed.), *Past and Present. The construction of Aboriginality*, Canberra, Aboriginal Studies Press, 1988.

Contexto, familia y crisis

Jorge Aceves y Patricia Safa Barraza (México) - *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas Occidente)*

¿Qué es la familia? Definir la familia hoy día es una cuestión que no tiene consenso. Su significado es polisémico. En el mundo actual las dimensiones de la definición clásica de familia –la sexualidad, la procreación y un conjunto de relaciones de convivencia– han experimentado grandes cambios que manifiestan múltiples direcciones y que han dado por resultado la multiplicidad de formas de familia y de convivencia. Pensar ahora a la familia como el átomo de la sociedad es un argumento difícil de sostener. La postura que plantea un solo modelo de familia es insensible a la evidente diversidad económica, social y cultural de nuestros países. No obstante que la mayoría de los cambios en las formas de la familia han sido graduales, en ellos han incidido tanto los contextos rural o urbano, como la clase social y las diversas experiencias histórico-políticas por las que han transitado nuestras sociedades de América Latina. La familia como forma de organización social constituye un microcosmos de relaciones de producción, de reproducción y distribución, con una estructura de poder y con un caudal de componentes ideológicos y afectivos que le han permitido su reproducción y persistencia en el tiempo. Las relaciones de familia y de parentesco se establecen por filiación, por nacimiento, y generan redes de relaciones, de solidaridades, de responsabilidades mutuas y fuertes reciprocidades. La realidad social actual indica que no existe una única modalidad de familia y de sus componentes, no tenemos una manera "natural" de constituir familias; la diversidad es la característica dominante.

Familia y contexto social. Las familias en el mundo contemporáneo no son unidades aisladas ya que participan en el mundo social que las rodea por medio de redes de relaciones sociales, tanto en el ámbito económico como con el Estado. Las familias están insertas en un contexto social, entendido este como el conjunto de elementos y circunstancias del mundo social del que forma parte la familia y que condiciona su forma, su estructura y su dinámica. Los diversos procesos de cambio asociados a la modernización han tenido efectos directos e indirectos en las formas y dinámicas de las familias. Estas, por su parte, influyeron en los patrones de reproducción de la población y en el descenso en las tasas de natalidad. Los acelerados cambios sociales, económicos y culturales han incidido en las relaciones internas de las familias, las mentalidades y las prácticas sociales donde coexisten los nuevos componentes, como la mayor autonomía de la mujer, la reducción de la maternidad y la independencia económica femenina, con aquellos elementos antiguos: la dependencia subjetiva y la división sexual del trabajo. Este conjunto de cambios que han afectado a la familia se refiere también a procesos culturales, como la individuación, que permite a los individuos sustraerse a la influencia y el dominio de las redes familiares y lograr la toma de decisiones de manera personal en la búsqueda de satisfacer necesidades y deseos propios más que colectivos. De manera que reconocer la diversidad implica también la posibilidad de mayores opciones y elección personal.

El ámbito demográfico. Aquí emerge un conjunto decisivo de cambios sociales que afectan la familia y que expresan la acumulación de tendencias seculares: a) el pronunciado descenso en la

fecundidad y la disminución del tamaño medio de la familia, debido a la declinación del número de hijos y al mayor espaciamiento entre ellos. A estos se agrega la menor presencia de hogares multigeneracionales y el consiguiente aumento de hogares unipersonales; b) la generalización del uso de métodos anticonceptivos ha posibilitado un mayor control de las mujeres sobre sus cuerpos al distinguir entre prácticas de reproducción y de sexualidad, que junto a los avances en la fertilización artificial, trastocaron la habitual identificación entre espacio familiar y reproducción, afectando asimismo la visión tradicional de la familia como el lugar de la reproducción y el control de la sexualidad. Esto abrió la posibilidad para las mujeres de optar por otros itinerarios sociales, como elevar su escolaridad, la búsqueda del trabajo remunerado o la realización de proyectos de vida propios; c) el aumento en la esperanza de vida y el envejecimiento de la población ha prolongado, y en ocasiones modificado, la duración de los roles familiares. Si bien se han acortado los tiempos de la mujer para la reproducción biológica, también se han incrementado los deberes familiares relativos a la atención y el cuidado de las personas mayores; d) la prolongación del proceso formativo escolarizado, aunado a la mayor urbanización y a la adquisición de un *ethos* social más individualista, así como la exposición a una variedad de estilos sociales difundidos por los medios masivos de información, conforman la plataforma del surgimiento de los jóvenes como grupo social diferenciado. La prolongación del proceso formativo de los jóvenes ha extendido la etapa de adolescencia, en particular en los sectores medios urbanos, retardando la escisión del núcleo familiar.

El contexto de la economía y el trabajo. Desde la década de los años ochenta se ha experimentado una serie de crisis económicas recurrentes. El eje de la acumulación capitalista actual se centra en la apertura del mercado externo, la atracción de capitales transnacionales y los flujos de capital que aporta el turismo, por ejemplo, y ya no tanto, como ocurría a mediados del siglo XX, en el desarrollo económico que privilegia al mercado interno. En este marco de transformaciones se refiere también a la revolución del trabajo, ya que se trata de la erosión gradual pero sistemática de las coordenadas sociales que regían el mundo laboral: trabajos de tiempo completo, carreras laborales previsibles, masculinización del mercado de trabajo, expectativas de movilidad social, acceso a la seguridad social y a las políticas de apoyo y asistencia. Los cambios han incrementado trabajos de tiempo parcial, el subempleo y el desempleo, la seguridad en el puesto de trabajo es cada vez más difícil, hay mayor polarización en el mercado laboral, se imponen procesos de desregulación, flexibilidad laboral y depreciación de las calificaciones profesionales, lo que genera un aumento general de la precariedad del trabajo. La persistencia de desigualdades sociales, la baja de los salarios y la precarización del mundo de trabajo, junto con las transformaciones demográficas y socioculturales, han propiciado una mayor participación de la mujer en el mercado laboral. La incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral ha modificado los patrones habituales de funcionamiento de los hogares latinoamericanos. Si bien los cambios demográficos apuntados han sido lentos, esta incorporación de las mujeres al trabajo ha tenido un ritmo ascendente. Esta mayor participación femenina en el ámbito laboral origina nuevas percepciones de los papeles que cumplen las mujeres y que les reditúa en una mayor autonomía con relación a sus familias. Esta situación ha contribuido a que los hogares se alejen del modelo tradicional de organización familiar centrado en el jefe-varón proveedor exclusivo –cuyo salario es supuestamente suficiente para la manutención de la familia– y la mujer-ama de casa recluida en el hogar. En la nueva situación la carga de trabajo para la población femenina se ha incrementado al asumir la administración y ejecución casi total de las tareas domésticas y al mismo tiempo tener que buscar recursos económicos para compartir la manutención cotidiana de la familia. Se ha constatado que existe una correlación importante entre los ingresos del hogar y la estructura familiar. He aquí también un efecto de la incorporación de la mujer al mercado laboral.

Un Estado en crisis y los cambios desde la cultura. El modelo del Estado de Bienestar entró en crisis fiscal por el incremento de la deuda externa y la demanda de bienes y servicios que lo obligan a reestructurar el gasto público en relación con la prestación de tales bienes y servicios. En este contexto se da una revaloración de la familia como parte relevante de la dinámica social, y como lugar de generación de recursos económicos, sociales y simbólicos. Ante la actual pérdida de importancia del Estado en la provisión de servicios sociales, se han incrementado las responsabilidades económicas y las cargas domésticas de las familias. Las familias pueden ser objeto y sujeto del cambio, ya que no son receptoras pasivas, sino activas. Son ámbitos de creación de símbolos, de formas de convivencia y estilos de vida, están inmersas en contextos más amplios de relaciones sociales y al mismo tiempo guardan rasgos de autonomía. A pesar de los cambios culturales que han modificado las relaciones familiares, en el plano social persisten imágenes y representaciones sociales de dominación que evidencian la contradicción entre el discurso tradicional y las

nuevas prácticas y modelos de familia. Expresión de esos cambios culturales son, por ejemplo, las nuevas relaciones paterno-filiales, que reflejan aumento de los derechos infantiles y pérdida de la importancia de las relaciones de jerarquía y sumisión, o también los procesos de individuación y de autonomía de los individuos por sobre los intereses familiares, así como los cambios en los modelos de sexualidad.

Nuevos modelos de familia y crisis. Son nuevas prácticas no convencionales que cuestionan el modelo tradicional de familia. Sus integrantes producen una especie de legalidad intrafamiliar que procura organizar su convivencia. Son, por ejemplo: a) hombres y mujeres divorciados que legalizan un nuevo matrimonio e incluyen en el mismo a los hijos del matrimonio anterior de uno o ambos miembros de la nueva pareja, b) parejas formadas por homosexuales que adoptan niños, c) matrimonios que desean procrear a través de la inseminación artificial de hombres donantes de semen o mujeres que alquilan su útero, d) familias que crecen por la incorporación de infantes robados o adopciones ilegales, e) parejas que conviven pero que habitan en lugares diferentes o distantes. Estas familias con hijos no están exentas de conflictos sociales, intrafamiliares y psíquicos. Se entiende por crisis una situación de conflicto que pone en tela de juicio los valores y las relaciones predominantes entre generaciones y entre los grupos sociales. La crisis contemporánea expresa una falta de organicidad o de uniformidad en los valores y los modos de vida. Se cuestiona si la familia está en crisis, si va a desaparecer o solo a transformarse. Por un lado, está la opinión de que las nuevas formas familiares evidencian una suerte de catástrofe social de gran magnitud. Por otro, la opinión que acepta que la situación ha cambiado y no puede ser la misma que ellos experimentaron de jóvenes. Desde una mirada tradicional la familia ciertamente está en crisis, pero no lo está desde otra perspectiva que ha puesto el énfasis en las posibilidades de democratización y de extensión del "derecho a tener derechos".

Familia, ética y Derechos Humanos. Como un constructo sociocultural, la familia tiene connotaciones ideológicas e implicaciones morales. La familia moderna está marcada por la ética de las religiones dominantes en la sociedad occidental que se nutre del pensamiento judeocristiano. A pesar de la fuerza de las transformaciones acontecidas en la segunda mitad del siglo XX, las concepciones idealizadas de la familia persisten. Los nuevos arreglos (madres solas, mujeres sin pareja, parejas de homosexuales) no gozan del pleno reconocimiento social y son vistos como desviaciones sociales. En el pensamiento tradicional y más conservador los conciben como "indicadores" de la actual crisis de la familia. Las interrelaciones en las familias actuales son fundamentalmente de carácter asimétrico, jerárquico, y operan bajo una diferenciación interna del poder con base en la distinción del género y la generación. Si bien el mundo familiar es un entramado de vínculos de solidaridad, también está cargado de ambivalencias y tensiones, de acuerdos tácitos y de enfrentamientos reales. La familia es un espacio paradójico, lugar de afectos y ámbito para la intimidad y el amor; no obstante, también es espacio privilegiado para la violencia en sus diversas manifestaciones. La violencia intrafamiliar –acoso y violación sexual, maltrato y daño corporal, violencia psicológica, restricción a la libertad de movimiento, etc.– son expresiones violatorias a los Derechos Humanos básicos, acciones que se ocultan bajo el manto de la privacidad de los afectos y del autoritarismo patriarcal, pero que ya son cada vez más visibles conforme avanza la reivindicación de los derechos lastimados. Lo anterior nos lleva a la discusión y redefinición de los ámbitos público y privado, de la privacidad y de las responsabilidades públicas. Plantear la intervención del Estado tiene una doble cara: la defensa de las víctimas, pero también la posibilidad de la intervención arbitraria e impune, el control extremo y el terror a domicilio. Redefinir el ámbito de lo público y lo privado pasa por la reflexión de los Derechos Humanos y la implementación de acciones de orden legislativo y más aún de políticas públicas que se diseñen y desarrollen en sintonía con los importantes cambios ocurridos durante las últimas décadas en nuestras sociedades latinoamericanas.

Referencias

Irma Arriagada y Verónica Aranda (comps.), *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*, Santiago de Chile, División de Desarrollo Social, UN, Cepal, Unfpa, 2004 (Serie: Seminarios y Conferencias, 42). - Catalina Denman et ál. (coords.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México,* México, U. de G., INSP, Ciesas, El Colegio de Sonora, 1993. - María de la Paz López y Vania Salles (comps.), *Familia, género y pobreza*, México, Miguel Ángel Porrúa Eds., Gimtrap, 2000 (Col. Las Ciencias Sociales). - Pablo Rodríguez (coord.), *La familia en Iberoamérica 1550-1980*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2004. - José Manuel Valenzuela y Vania Salles (coords.), *Vida familiar y cultura contemporánea*, México, Conaculta, DGCP, 1998 (Col. Pensar la Cultura). - Varios autores, *Panorama social de América Latina. 2000-2001*, Santiago de Chile, Cepal-Naciones Unidas, 2001. - Catalina Wainerman (comp.), *Vivir en familia*, Buenos Aires, Unicef/ Losada, 1996. - Catalina Wainerman (comp.), *Familia, trabajo y género: un mundo de nuevas relaciones*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina/ Unicef, 2002.

3. Diversidad cultural y lingüística

Algunas cuestiones bioéticas que hoy tanto nos preocupan pueden ser vistas como signos de una turbulencia y una ruptura cultural inexplicables. Pero ocupándonos de la reflexión ética podemos preguntarnos si se trata de una ruptura cultural moralmente buena o mala (v. *Valores culturales*). Y más en general aún, ¿qué sentido cabe dar a los cambios culturales? Después de la aprobación de la *Convención sobre la Protección y la Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales* (2005) aprobada por la Unesco el mismo año en que aprobó la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, estas cuestiones se han convertido en materia de reflexión obligada para la bioética en América Latina.

Cultura y moral: la perspectiva psicoanalítica. En *El malestar en la cultura*, Freud ofrece las coordenadas centrales de su pensamiento en orden a entender preguntas como estas desde una perspectiva psicoanalítica. Puestos ante una crisis de valores en una sociedad, para Freud no hay que preguntarse sobre la finalidad de la vida, cuestión sobre la que solo puede responder la religión, sino tan solo sobre las razones que guían a los hombres a actuar en unos sentidos u otros. Y encuentra que esas razones están en conseguir la felicidad: esto es, en evitar el dolor y tener sensaciones placenteras. Este objetivo, dirá sin embargo, no es totalmente realizable porque el sufrimiento amenaza al hombre desde el dolor, la angustia y la decadencia de su cuerpo, desde el mundo externo y desde las relaciones con los demás (v. *Bienestar, dolor y sufrimiento; Antropología del dolor*). Por ello, con la cultura o suma de producciones e instituciones que nos distancian del mundo animal nos defendemos de las amenazas de la naturaleza y regulamos las relaciones entre nosotros. Entre esas producciones destacan la ciencia y la técnica, el orden, las ideas de los sistemas religiosos, las especulaciones filosóficas y las construcciones ideales, como los objetivos de una nación. Pero también son importantes las regulaciones de las relaciones entre los hombres y el concepto de justicia que se impone como regulador básico de una sociedad armoniosa. Así, la libertad individual, en un sentido profundo, no aparece en realidad como patrimonio de la cultura ya que esa libertad era máxima antes de la cultura. Por el contrario, hay una auténtica frustración cultural de esa libertad que en parte explica toda hostilidad contra el desarrollo de la cultura. Históricamente, sin embargo, la vida en común de los hombres fue posible porque tanto el trabajo como satisfacción de las necesidades, así como el amor que instituyó la familia, hicieron posible extender los vínculos de relación entre los hombres. Pero no solo el impulso amoroso de satisfacción sexual directa dado en la familia, sino también el no satisfecho y derivado a un fin inhibido, como la amistad o el cariño, facilitaron el desarrollo cultural por la ampliación de vínculos. A pesar de ello, la tendencia cultural al crecimiento de los lazos en la comunidad humana ha tendido a privilegiar la tendencia amorosa de fin inhibido por su mayor eficacia (v. *Amor y odio*). De allí que la sexualidad, en tanto vínculo entre dos personas, concluya enfrentada con la cultura. La razón fundamental de la necesidad cultural de ampliar los vínculos sociales reside para Freud en el control de la hostilidad humana. La cultura controla a la agresión al introyectarla como conciencia moral o superyó que se enfrentará a las tendencias hostiles del yo permitiendo ampliar así los lazos sociales. De esta manera queda establecida la tensión del sentimiento de culpabilidad que en la evolución individual aparece como resultado del enfrentamiento de una tendencia "egoísta" a la felicidad y una tendencia "altruista" a la comunidad con los demás (v. *Altruismo y egoísmo*). Aunque, así como en la evolución de cada individuo nos parecerá ver que prima la tendencia egoísta, en la evolución cultural creeremos que se privilegia el altruismo y las restricciones que el mismo supone. Y tal como sucede en la evolución individual, cada época cultural tiene su superyó que regulará las relaciones entre los individuos bajo el campo de la ética. Sin embargo, los sistemas éticos abordan mediante un imperativo lo que no pudo lograrse mediante el desarrollo cultural. "Amarás al prójimo como a ti mismo" es un mandato que desconoce la agresividad humana y toda ética que lo proponga está destinada al fracaso. La evolución cultural ha de ser vista como la lucha de la especie humana por la vida en el enfrentamiento entre *Eros* y *Tanatos* o la tendencia de vida y la tendencia de muerte o de autodestrucción del hombre. Y como conclusión, para Freud el destino de la especie humana tendrá que ver con el punto hasta el cual el desarrollo cultural logre controlar las tendencias agresivas y autodestructivas que sacuden a la sociedad.

La destrucción de la cultura en América Latina por imperialismos y dictaduras. La perspectiva psicoanalítica de las relaciones entre cultura y moral, aunque pueda ser criticada, ha sumado una visión importante para nuestra comprensión de una ética de la vida. Y así resulta útil, por ejemplo, para esclarecer el supuesto de que la historia de la humanidad en general y la de América Latina en particular es una

historia de agresiones destructivas en modo de imperialismos y dictaduras que han buscado imponer sus visiones morales y sus prácticas inmorales. Por eso la cuestión que debemos plantearnos al ver la falta de neutralidad en nuestras concepciones de la vida moral es: ¿qué posición tomaremos para hablar del perfil posible de un *ethos* de América Latina? Podemos tomar por ejemplo un texto del *Popol Vuh* –las antiguas historias de los indios quiché de Guatemala–, quizás uno de los descubrimientos más importantes de la literatura precolombina, y tratar de abordar aquellas preguntas intentando comprenderlas y explicarlas desde ese texto, desde esa visión, trazo o contorno de una parte al menos de América Latina (v. *Etnias y lenguajes*). En él se dice: "*Este es el principio de las antiguas historias del Quiché, donde se referirá, declarará y manifestará lo claro y escondido, el Creador y Formador, que es Madre y Padre de todos. Esto lo trasladamos en el tiempo de la Cristiandad, porque aunque tenemos el libro antiguo y original de estas cosas, ya no se entiende*." (v. *Tradición oral indígena*). Por la historia sabemos que la capital de los indios quiché fue destruida por la conquista y estos indios se refugiaron en Chichicatenango, adonde llevaron los libros originales en que ellos recogían los mitos de la Creación, las historias del pueblo y todo lo que constituía su moral o costumbres. La lectura del *Popol Vuh* empieza a trazar desde su mismo origen un perfil y nos marca una vía de entrada a América Latina. Pero también podríamos tomar la primera carta-relación de Hernán Cortés en el año 1519 para pensar sobre su visión de la realidad. Y en ella dice: "*A vuestras Realezas Altezas escribimos y contaremos aquí desde el principio que fue descubierta esta tierra hasta el estado en que al presente está. Porque Vuestras Majestades sepan la tierra que es, la gente que la posee y la manera de su vivir y el rito y ceremonias o ley que tienen y el feudo que en ellas Vuestras Reales Altezas podrán hacer y de ellas podrán recibir. Para que en la conversión de esta gente se ponga diligencia y buen orden, pues que de ellos se espera sacar tan buen fruto. El oro y joyas y piedras y plumajes que se ha habido en estas partes nuevamente descubiertas después que estamos en ellas, son las siguientes:...*". De este modo podemos observar en primer lugar que el mundo de la moral, de las costumbres, aquello que es la sustancia del *ethos* (aunque por su raíz etimológica griega *ethos* remita más a 'ética' que a 'moral', derivada del vocablo latino *mos, moris*), puede ser "perfilado" por quienes se dan las normas (los indios quiché en este caso) o por quienes las describen desde afuera y en algunos casos (como el de Cortés) quieren imponer sobre ellas otras normas acerca de lo bueno y de lo malo. Son dos visiones no solo contrapuestas sino también, violencia mediante, inconmensurables. Pero además del papel que en la moral cumplen los que narran, hay que atender al contenido de lo narrado (v. *Interpretación moral en arte y literatura*). Hay narraciones que prestan atención al tiempo, y su perfil se vuelve entonces histórico-temporal, tal como hace Cortés al saberse "hacedor" de la historia, y hay narraciones que prestan atención al espacio y de uno u otro modo nos ofrecen visiones del mundo ordenado (dado) geométricamente, tal como se hace en el *Popol Vuh* al referirse al principio de los tiempos. Se cuenta el tiempo, el principio, la sucesión, y también se trata de ver cómo se ordena ese mundo. Pero en este choque de los mundos morales de españoles e indígenas habrá un reordenamiento del mundo de los indígenas al que se le impondrá un nuevo orden instaurado sobre la destrucción de su diversidad lingüística y cultural.

Por estas y otras razones la bioética latinoamericana necesita reflexionar sobre la diversidad lingüística y cultural de las sociedades a las que se dirige (v. *Diversidad lingüística y sistemas de significación*), y debe recomendar el respeto de esta diversidad tal como ha quedado estipulado en la *Convención* de la Unesco. La diversidad cultural ha pasado a ser un patrimonio común de la humanidad y su defensa, un imperativo ético inseparable del respeto a la dignidad de la persona humana. La protección de los contenidos culturales por políticas y medidas nacionales o regionales dirigidas a este fin no excluye el reconocimiento de la interculturalidad en tanto interacción equitativa de diversas culturas que puedan generar a través del diálogo y el respeto mutuo nuevas expresiones culturales compartidas (v. *Diversidad cultural y biopolíticas*). Los contenidos éticos presentes en los términos equidad, diálogo y respeto son suficientes para responder una vez más a toda pretensión de una teoría y práctica de la bioética que no tenga en cuenta las identidades culturales (v. *Pluralismo*).

[J. C. T.]

Pluralismo

Adriana Arpini (Argentina) - *Universidad Nacional de Cuyo*

Caracterización general. En sentido amplio, el término *pluralismo* alude a la coexistencia de factores dispares y opuestos en el seno de una realidad social, política y cultural. Según la naturaleza de los factores, el análisis puede adoptar puntos de vista diferentes. En el sentido restringido de la perspectiva política, designa una concepción de la democracia liberal que surge como alternativa a las teorías elitistas y resalta el papel de los grupos

de intereses especializados que compiten entre sí por alcanzar grados mayores de influencia en la toma de decisiones políticas. Esta concepción resulta de desarrollos históricos iniciados en la modernidad, en estrecha vinculación con la noción de tolerancia. Su debilidad consiste en la tendencia a reducir el papel del Estado a mero observador de la balanza de intereses en cada decisión, y su mayor virtud radica en desarrollar la capacidad de interactuar entre el consenso acerca de las condiciones de posibilidad de la convivencia y el disenso sobre los diversos modos de vida. Desde el punto de vista jurídico, se trata de una doctrina que afirma la coexistencia de órdenes concurrentes de derecho, producto de la pluralidad de los grupos sociales; proclama el derecho de estos a dictar sus propias normas de convivencia sin sumisión al derecho estatal. Desde el punto de vista cultural tomó cuerpo a principios del siglo XX el ideal del "pluralismo cultural" como concepción alternativa a la de nación homogénea. Sostiene la inalienabilidad de la personalidad, en cuya formación se reconoce la presencia de la tradición ancestral, afirma que la realización del individuo es una aspiración de la forma de vida democrática que requiere la referencia al contexto de los grupos de pertenencia, por tanto, la diversidad étnica y cultural es considerada un atributo positivo y deseable en la medida que cada cultura es una expresión particular de lo universal y realiza una aportación distintiva a la humanidad. En la misma línea, y en adhesión a la realización de los Derechos Humanos, la Declaración Universal de la Unesco sobre la diversidad cultural reafirma el concepto de cultura como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias; considera que la diversidad cultural es para el género humano tan necesaria como la diversidad biológica para los organismos vivos; avanza hacia una definición del *pluralismo cultural* como respuesta política al hecho de la diversidad cultural, favoreciendo la inclusión y la participación como medios de garantizar la cohesión social, la vitalidad de la sociedad civil y la paz; promueve la diversidad, la tolerancia, el diálogo, la cooperación, la solidaridad y la conciencia de unidad del género humano. Desde el punto de vista de la filosofía moral, el pluralismo pone al descubierto la tensión entre la necesidad de un fundamento universalmente válido para la acción y la pluralidad de concepciones de vida buena.

Consideraciones desde América Latina. El pluralismo, como problemática política, jurídica, cultural y ética, se pone de manifiesto en América Latina desde el momento mismo de la irrupción del español, imbricado con la compleja cuestión del reconocimiento del otro. Ejemplo de ello son los escritos de Fray Bartolomé de las Casas, quien se cuenta entre los pioneros de una tradición humanista latinoamericana, basada en la afirmación de que todos los pueblos del mundo son hombres, y el hombre es todas esas maneras de ser. Si bien el pluralismo se aparta de toda concepción universalista abstracta, no cabe imputarle una lógica relativista basada en la inconmensurabilidad de las culturas y la imposibilidad de hallar una instancia que permita evaluar críticamente los conflictos entre grupos con valores contrapuestos. Tampoco cabe la lógica del anticuario que busca conservar un estado de la cultura, como si se tratara de una especie en extinción, negándole posibilidades de transformación histórica. Desde una perspectiva política, la posibilidad de pensar la unidad de pueblos, regiones y etnias y de comprender la pluralidad de culturas de nuestra América depende de las condiciones para transitar desde la ficción de los Estados nacionales homogéneos hacia la concreción de la idea de Estado plural. Ello implica reconocer que el derecho a la autodeterminación de los pueblos originarios es anterior a la constitución del Estado, sin que ello implique poner en cuestión la soberanía. Según la caracterización de L. Villoro, un Estado plural –multicultural– sería el resultado de un convenio tácito entre pueblos distintos que toman en cuenta las condiciones que hacen posible el convenio: derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad y a la pertenencia. De modo que encuentra su fundamento en la voluntad solidaria de los distintos grupos de proyectar un destino común. Desde la perspectiva jurídica, en América Latina se ha desarrollado durante la última década una corriente de derecho alternativo que, apoyándose en la filosofía y en la ética de los derechos humanos, busca a través de los ordenamientos jurídicos, de la cultura jurídica y de las prácticas de sus operadores, aquellas formas que son diferentes y aún opuestas a las del derecho oficial, acentuando su carácter emancipatorio y de transformación social. En el plano ético, existe en América Latina un rico debate que reconoce diversos aportes entre los que destacan, por un lado, la propuesta de Arturo Andrés Roig de una *moral de la emergencia*, que acentúa la sujetividad como momento de irrupción de lo otro, lo diverso, frente a las formas opresivas y uniformadoras de la eticidad vigente; por otro lado, la *ética de la liberación* de Enrique Dussel, que parte de una racionalidad material (re)productiva, sustentada en la vida humana como criterio de verdad, y ofrece herramientas para el ejercicio de una racionalidad práctica en

relación concreta y cotidiana con el otro, como sustento de una praxis liberadora. También, la propuesta de Ricardo Maliandi de una *ética convergente*, que reconoce el a priori de la conflictividad como elemento estructural de la racionalidad y de la vida moral y busca rehabilitar la universalidad, principio cardinal de la ética, como presupuesto y como aspiración de la decisión moral. Asimismo, cabe mencionar las propuestas que abordan de manera explícita la problemática ética de la interculturalidad (v. gr. R. Fornet Betancourt y R. Salas Astrain). Cada una de las propuestas mencionadas –tomadas como ejemplos del vasto campo de la reflexión ético-social en América Latina– pone de manifiesto una preocupación común, contextualizada en las condiciones de marginación, exclusión y conflictividad de grupos social y culturalmente diversos y aportan elementos para la caracterización del pluralismo. En síntesis, el pluralismo constituye una apuesta a favor de la reconstrucción de las condiciones para un diálogo basado en la reciprocidad entre diferentes modos de vida. Esto conlleva, como lo ha señalado Salas Astrain, tres presupuestos: *universalización*: implica reconocer la virtualidad de un discurso argumentativo con pretensión de universalidad; *diferencia*: permite concebir la posibilidad de reconstrucción dialógica de la memoria y de las tradiciones morales sustentadas en las experiencias históricas de resistencia y lucha de los sujetos, las minorías y las comunidades en América Latina; *conflictividad*: constituye un presupuesto socio-histórico y cultural que concibe los conflictos vividos por las comunidades latinoamericanas como parte de su patrimonio. Conlleva, por tanto, asumir el desafío de encontrar mediaciones, especulativas e históricas, entre la hermenéutica del sentido cultural y el modo pragmático de comprensión de los sujetos autoimplicados, abiertas al disenso y a la emergencia de configuraciones inéditas.

Reflexiones críticas en relación con la bioética. La *bioética*, en tanto expresión de la ética aplicada, encara la problemática de la diversidad y el pluralismo dentro de un marco teórico-práctico de por sí complejo. La resolución de problemas y conflictos morales se ha tornado particularmente complicada puesto que, por una parte, conviven distintas formas de entender la realización humana; y por otra parte, en cada ámbito de la vida los problemas surgen con características particulares, que es necesario conocer y analizar. Ello requiere no solo un intercambio permanente con disciplinas especializadas capaces de aportar un panorama descriptivo de la situación problemática (interdisciplinariedad), sino también el conocimiento y valoración de las referencias contextuales de los involucrados y de sus interpretaciones de las situaciones problemáticas, las que no pocas veces difieren de las explicaciones del conocimiento científico. Así, pues, la bioética además de ser un ámbito de investigación y aplicación de conocimientos teóricos, es un modo de asumir responsabilidades sociales y culturales de considerable magnitud. En las cuestiones que la bioética debe dirimir están involucrados intereses teóricos, necesidades e intereses prácticos y emancipatorios de las personas y de las comunidades. De ahí la imposibilidad de sostener la pretensión cientificista de neutralidad valorativa. Ello entraña problemas vinculados a las posibles derivaciones políticas e ideológicas que podrían comprometer el sentido racional de las decisiones. Tales dificultades pueden prevenirse en buena medida apelando al diálogo interideológico e intercultural capaz de encontrar respuestas superadoras entre posiciones diferentes. Implica reconocer el carácter dialógico de la razón y la posibilidad de alcanzar, por medio de la argumentación racional, diversos grados de convergencia crítica.

Referencias

Enrique Dussel, Ética de la liberación. *En la edad de la globalización y la exclusión*. Madrid, Trotta, 1998. - Raúl Fornet-Betancourt (editor), C*rítica intercultural de la filosofía latinoamericana actual*. Madrid, Trotta, 2004. - Ricardo Maliandi, *Dejar la posmodernidad. La ética frente al irracionalismo actual*. Buenos Aires, Biblos, 1993. - Arturo Roig, *Ética del poder y moralidad de la protesta*. Mendoza, Ediunc, 2002. - Ricardo Salas Astrain, *Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos*. *(Re)lectura del pensamiento latinoamericano.* Santiago de Chile, UCSH, 2003. - Boaventura de Sousa Santos, *La globalización del derecho. Los nuevos caminos de la regulación y la emancipación*. Bogotá, ILSA, segunda reimpresión, 2002. - Luis Villoro, *Estado plural, pluralidad de culturas*. México, Paidós, 1998. - VVAA, "Pluralismo jurídico y alternatividad judicial", en *El otro derecho*, Nº 26-27, Bogotá, ILSA, 2002.

Valores culturales

Celina Lértora (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

Los valores y su clasificación. El concepto filosófico de *valor* tiene numerosas connotaciones y sobre él se han gestado muchas teorías y matices. Más allá de estas disputas generales –como objetivismo *vs*. subjetivismo, universalismo *vs*. relativismo, axiología formal *vs*. axiología material, origen inconsciente *vs*. origen consciente, etc.– la noción se asume en forma intuitiva para designar preferencias asumidas –a veces con fundamentos teóricos, otras por creencias, cosmovisiones, tradiciones– por un individuo o por un grupo. En general todas las teorías coinciden en la pluralidad de valores, su polaridad (positivo o valor y negativo o contravalor) en

su interdependencia y jerarquía, aunque disientan en la estructuración de la pirámide axiológica. Münsterberg adoptó una clasificación simplificada en tres grupos: *lógicos*, *éticos* y *estéticos*; Rickert le añadió tres más: *eróticos*, *religiosos* y *místicos*. Una clasificación más sistemática y compleja es la de Scheler, para quien los valores básicos son los que sirven de fundamento y posibilitan a los superiores. En la base de esta pirámide están los valores de *lo agradable* y *lo desagradable*, luego los valores *vitales*, los *espirituales* (la belleza, la justicia, el conocimiento), los *religiosos* (lo sagrado). Para Scheler, los valores morales no constituyen un grado propio, sino que el *valor moral* consiste en la realización de un valor cualquiera en sacrificio de un valor inferior, de tal modo que la preferencia por los valores determina el valor moral de los actos (mayor cuanto más alto es el valor objetivo preferido). Nicolai Hartmann propuso una tabla que consta de las siguientes categorías: valores instrumentales, valores propios que a su vez son: vitales y espirituales (estos por su parte incluyen lo bueno, lo bello y lo verdadero).

Los valores culturales. A estas elaboraciones filosóficas, la tópica y la praxis de las distintas disciplinas y campos de acción humana se han agregado otros valores cuya ubicación en las categorías anteriores puede parecer difusa. Tal es el caso de los *valores culturales*, cuya caracterización depende, obviamente, de qué se entienda por cultura. Sin entrar en esta cuestión, podemos aceptar que la esfera de la cultura, como ámbito de la acción específicamente humana, se acopla (no necesariamente se opone) a la naturaleza dada, generando un objeto cuyo valor agregado –por así decirlo– es precisamente ser producto de la acción humana consciente y libre. Los objetos culturales pueden ser objetos naturales transformados o bien objetos no naturales como el lenguaje, los mitos, las creencias religiosas, etc. En todos los casos, lo propio del objeto cultural es que encarna un valor (o eventualmente un disvalor) y cada grupo humano, en la medida en que, diferenciándose de otros, elabora una propia cultura, produce objetos culturales diferentes, susceptibles también de diferentes apreciaciones axiológicas. Surge así el problema de los valores culturales dentro de una cultura y el de la valoración de las distintas culturas. La percepción de una escala de valores compartida es un elemento identitario en una comunidad determinada. Esta comunidad tiende a rechazar –y por tanto a minusvalorar– expresiones culturales distintas a la propia. Una comunidad cultural, puesta en relación con otra, enfrenta un proceso de acercamiento y eventual simbiosis de valores que en cierto modo puede verse como un peligro para su identidad, produciéndose una especie de "tensión superficial" que impide o dificulta la introducción de elementos exógenos eventualmente disolventes. Por eso en cierto sentido una diferencia axiológica es normal en sociedades pluriculturales. Sin embargo, el pluralismo cultural, o sea, la existencia (y la defensa) de la diversidad cultural, puede ser a su vez un valor dentro de la esfera de los valores espirituales, así como la biodiversidad se considera un valor dentro de la esfera de los valores vitales. Así lo ha reconocido recientemente la Unesco, en la Convención sobre Diversidad Cultural.

Valores culturales e identidad comunitaria. La gran diversidad de los aspectos que configuran la cultura en todas sus manifestaciones hacen difícil trazar un mapa de los valores culturales, sobre todo porque algunos sectores que pueden incluirse en la cultura en sentido amplio, tienen autonomía axiológica, como la belleza, el conocimiento, lo religioso. Tal vez una línea posible sea considerar los valores culturales más en relación con la comunidad en cuyo seno se produce que con los individuos productores o consumidores de objetos culturales. En este sentido, los valores culturales serían ante todo un patrimonio comunitario vinculado a la identidad, histórica y actual, de determinada sociedad. Por tanto, la salvaguarda de esos valores es derecho y deber de los representantes de dicha comunidad, quienes deben operar *ad intra* y *ad extra* de la misma, en procura de su conservación. En el seno de la sociedad, los valores fundamentales son aquellos que la mayoría considera como condición necesaria de la existencia plena de ella misma, por ejemplo su estructura societaria (familia, parentesco, comunidades intermedias, lengua, cosmovisión, etc.). La conservación de estos valores fortalece la comunidad, la pérdida axiológica la hace vulnerable y eventualmente deletérea. Otros valores son importantes como complemento de los anteriores, pero no necesariamente son condición de existencia o de conservación comunitaria, por ejemplo la libertad, la autodeterminación, la independencia. Es claro que también en este aspecto debe tenderse a la cuestión de grado. Una pérdida absoluta de libertad y autonomía de hecho acaba con la sociedad como unidad diferenciada de otras con las cuales eventualmente se mixtura, mientras que una modificación leve en los regímenes tradicionales de estructuración social, aunque no consentido sino impuesto, puede no tener tales consecuencias. Además, hay valores culturales que tienen anclaje en la esfera de los valores vitales, y pueden ser considerados en cierto modo como mixtos. Así, por ejemplo, la calidad de vida o la vida digna están suponiendo la vida biológica, y quien atente contra valores vitales directamente (como en una guerra con pretensión de cierto grado de exterminio)

impedirá consecuentemente los valores culturales fundados en la vida.

Los valores en conflicto. Uno de los problemas más graves que afronta la conservación y salvaguarda de los valores culturales en las sociedades plurales y/o globalizadas es, por una parte, la coexistencia de valoraciones opuestas y, por otra, la dificultad de decidir, en caso de necesidad, qué valor será preterido en función de mantener otro. Por lo que hace al primer punto, asistimos al problema de valoraciones enfrentadas en el seno de una misma sociedad sobre cuestiones que atañen a aspectos esenciales de la consideración de la personalidad humana. Por ejemplo, puede haber confrontación entre el valor libertad y el valor seguridad, ya que para conseguir mayores índices de seguridad social son necesarios controles que de algún modo limitan u obstaculizan la libertad; entonces se enfrentan quienes prefieren la libertad y quienes prefieren la seguridad. Del mismo modo, en situaciones en que no es posible asegurar dos valores, puede haber dificultades para consensuar una acción determinada. La perplejidad teórica ante esta realidad puede expresarse en dos conocidos adagios latinos: "*primum vivere, deinde filosofare*" y "*non propter vitam vivere perdere causas*". El primero es expresión de las preferencias de acuerdo con la pirámide de valores fundantes y fundados; los valores que son fundamento y condición de los otros deben ser preferidos: entonces los valores vitales básicos deben ser antepuestos –en una situación de elección sin tercera alternativa– a los valores derivados o fundados, como serían los culturales. El segundo adagio afirma la tesis contraria: hay valores cuya salvaguarda es tan esencial a la identidad que sin ellos la existencia pierde sentido: no tiene sentido vivir sin un objetivo vital. Los mártires serían el ejemplo de este tipo de opinión, desde los cristianos que se arrojaban a los leones hasta los bonzos que se autoinmolan o los pacifistas que se dejan matar por ejércitos de ocupación. En todo caso, desde el punto de vista sociológico, es claro que este tipo de opciones heroicas, por así decirlo, no son moralmente exigibles a la mayoría de los miembros de una sociedad, sino que se constituyen como acciones supererogatorias y modélicas, más por la afirmación axiológica que exhiben que como modelo real a ser imitado multitudinariamente.

Valores culturales y universalismo. El conflicto latente entre diversos valores culturales es un aspecto de la tensión vital de las sociedades y en una visión realista no puede pretenderse su total eliminación. Pero sí es posible y deseable buscar mecanismos para atenuar los choques axiológicos y evitar las disputas desgastadoras y disolventes. Las acciones *ad extra* incluyen todos los recursos de que dispone una sociedad para defender sus valores así como defiende su existencia. Por eso, en cierto sentido, las declaraciones de derechos, ahora de índole universal, pueden ser consideradas, en su conjunto, como mecanismos de reconocimiento de estos valores y como legitimación de las medidas tomadas en su defensa. El hecho de que estas declaraciones no sean directamente operativas es sin duda una limitación considerable, pero no puede negarse que es un gran paso adelante en el reconocimiento de que el pluralismo cultural es él también un valor en sí mismo y que como tal debe ser salvaguardado.

Referencias

Luis Villoro, *Estado plural, pluralidad de culturas*, México, Paidós, 1998.

Etnias y lenguajes

María Luisa Rubinelli (Argentina) - *Universidad Nacional de Jujuy*

Etnia como categoría y sus limitaciones. Cuando se habla de *etnia*, se menciona a un conjunto de personas que han construido una concepción del mundo, de la vida y, por tanto, de la cultura que son compartidas, y de acuerdo con las cuales se organizan. Esto identifica a sus miembros entre sí y los diferencia de otros grupos humanos. Así se incluyen en un *nosotros* que los identifica, amparándolos y distinguiéndolos de los *otros* diferentes. Suelen ser la raza, la lengua que hablan y las expresiones culturales que crean, los componentes más empleados para distinguir a una etnia. Algunos antropólogos sostienen que las categorizaciones étnicas, en muchos casos, son producto de clasificaciones efectuadas por actores externos a los grupos, sin que estos las asuman, al no identificarse con ellas. Uno de los problemas que enfrenta esta categorización etnográfica es que puede generar intentos de identificar, delimitar y preservar en supuesto estado de "pureza" los rasgos que se consideren característicos de una etnia. De esta manera se carga de un carácter ahistórico y esencialista al grupo humano en cuestión, al que se adjudican notas que originariamente habría poseído, y que debería conservar inmutables (Barth, 1976). Así se condena a un aislamiento que se constituiría en la única garantía de conservación de pureza. Esto es especialmente válido en relación con el tratamiento de identidades étnicas de grupos mal llamados "arcaicos", integrados por aborígenes o por sus descendientes. Pero estas concepciones esconden intereses sectoriales de dominación económica y política, ya que excluyen de la toma de decisiones y del ejercicio de los derechos tanto individuales como colectivos a los

sectores desfavorecidos. Evocan de manera parcializada la memoria histórica y niegan vigencia a las formas vivas y en transformación de la cultura de esos grupos. Cada uno de estos grupos, portador de sus propias formas culturales, podría ser entonces analizado separadamente, despojando a sus expresiones de los contextos inmediatos y mediatos de producción. La esencialización de las etnias, presentadas como estáticas, genera estigmatizaciones que hacen que sean consideradas como expresiones del atraso, la superstición y la barbarie, y por tanto necesitadas de un impulso externo a ellas que les posibilite la superación de una deficiencia que les sería congénita. Estos estigmas suelen ser autoasumidos como marcas negativas propias por parte de los miembros de las etnias así caracterizadas desde instituciones prestigiadas por su función legitimadora del orden dominante, que logran que estos grupos étnicos se posicionen como subalternos y supuestamente incapaces de producir cambios en su situación. Además, por fomentar el empleo de generalizaciones, pocas veces este tipo de análisis permite indagar acerca del sentido y las modalidades de generación, organización y funcionamiento de las diferenciaciones económicas que pueden existir al interior de esos grupos. Desde perspectivas que se proponen superar dificultades como las señaladas, se entiende la etnicidad como construcción de identidades mediante procesos histórico-sociales, y se tiene en cuenta cómo diacrónica y sincrónicamente se establecen en ese proceso las relaciones con otras etnias, conformándose identidades en contraste, que implican formas de identificación social (Trinchero, 1994). De esta manera se procura enfatizar la importancia del proceso de construcción de la propia etnicidad, en el marco de relaciones interétnicas. Como una dimensión importante del proceso, es preciso considerar la existencia de conflictos, tanto al interior de una etnia como en su relación con las demás. Una etnia no necesariamente está vinculada a un determinado territorio de referencia.

Etnias, Estado y expresiones étnicas. La historia de América Latina muestra cómo los Estados han ejercido políticas homogenizadoras con el objetivo de instaurar la idea de nacionalidad propia de la modernidad europea. Ello se instrumentó a través de variadas estrategias, desde el genocidio de poblaciones nativas, hasta la negación del derecho al empleo de la propia lengua, la cual no solo es un medio fundamental de comunicación, sino de aprendizaje de concepciones de la vida y estructuras organizadoras del pensamiento en que todo sujeto cultural se forma. Gran parte de las etnias americanas han ido perdiendo su referente territorial. Además, en muchos casos han perdido la memoria de parte de su historia. Sus lenguas, religiones, códigos legales, formas de organización socioeconómico-políticas han sido prohibidas, negadas, estigmatizadas o descalificadas y metamorfoseadas en productos folclóricos, que a menudo presentan carácter fragmentario. Sin embargo, numerosos grupos étnicos han sobrevivido combinando la resistencia con la innovación y la apropiación de elementos de otras culturas que adaptaron a la propia (Bonfil Batalla, 1990). El dinamismo y la creatividad de estas culturas constituyen uno de sus rasgos más sobresalientes, y se ponen de manifiesto en numerosas expresiones. Entre ellas ocupa un lugar muy importante la *narrativa oral*, que funciona con una compleja lógica propia. Abundan los relatos sobre sucesos relacionados con creencias en seres sobrehumanos, con quienes los hombres y mujeres corren el riesgo de encontrarse cotidianamente enfrentando situaciones que pueden hacer peligrar su salud. En esos textos, narrados desde hace siglos, es posible comprobar que han ido estableciéndose relaciones contextuales e intertextuales que los mantienen actualizados. Es una constante en ellos la remisión a aspectos actuales y concretos de la vida cotidiana de los grupos que los recrean, emergiendo referentes de sus concepciones de la relación con los otros miembros del grupo, con las fuerzas germinantes que posibilitan la continuidad de la vida y con los antepasados con quienes se mantienen vinculados como reaseguro de la subsistencia. Se destaca la concepción integrada de tiempo y espacio, simbólicamente organizados, significados y actualizados por las celebraciones de fiestas y rituales sincronizados con los ciclos naturales y productivo-rituales, a los que se han incorporado personajes sagrados del culto católico que adoptaron caracteres como la sexualidad y la bivalencia en tanto detentan tanto el poder de bendecir como de maldecir, que no son propios de la doctrina ortodoxa, sino de la resignificación de los mismos operada desde concepciones culturales y religiosas diferentes. Además, y a pesar de la diversidad y cantidad de *celebraciones* vinculadas al culto, a los patronos protectores de las actividades productivas más importantes de cada región, dos festividades se constituyen en ejes del calendario en toda América Latina: el *carnaval* como celebración de la producción, y el *recibimiento de las almas de los difuntos* que se reencuentran con sus seres queridos una vez por año. La *iconografía* también brinda ejemplos de procesos de resignificación, tal como ocurre con San Santiago, que continúa siendo asociado –como en sistemas religiosos prehispánicos– al poder del rayo, y del terremoto, encontrándose presente en toda América Latina, aun en religiones afroamericanas. Análisis semiológicos de *tejidos* andinos han permitido relacionar el empleo de colores, espacios, ritmos

de alternancia, combinación de texturas, con estructuras y operaciones de pensamiento que se vislumbran como expresión de interpretaciones holísticas de la realidad (Cereceda, 1990) que implican modelos de conocimiento y sistemas de valores. Las *concepciones de salud/enfermedad* de poblaciones de la región andina parecen estar sustentadas en la convicción de que existe una permanente relación con los elementos de la naturaleza, que son capaces de producir la enfermedad si el hombre profana el carácter sagrado de ciertos espacios y momentos. El enfermo entonces lucha contra el desequilibrio en busca de su salud. Quien lo cura, en tanto intermedia con los poderes que han producido el mal, también intenta compensar la inferioridad en que se halla el paciente. Ello implica una constante dialéctica de tensión-distensión del hombre en la relación con las fuerzas sagradas y la de los otros hombres.

La presencia de la diversidad. El proyecto de construcción de un Estado moderno encerró el ideal de una nación progresista, por lo que la condición de ciudadano, en abstracta igualdad de condiciones ante la ley, debía universalizarse, procurando la desaparición de la diversidad. En el mundo actual, el Estado nacional está en crisis, y se ha deteriorado la confianza en el poder normativo de la razón humana, que debía guiar la decisión libre y responsable de la conciencia moral en la construcción de un deber ser universal. Las reivindicaciones étnicas y las expresiones xenófobas estallan con fuerza, y se abren nuevos procesos de etnogénesis. La dignidad del ser humano, proclamado fin en sí mismo por el imperativo categórico kantiano, requiere ser retomada como problema ético. La ética dialógica contemporánea promueve la fundación de un acuerdo en torno a principios de validez universal que posibiliten la vigencia de la justicia, sustentada en un diálogo racional argumentado entre las partes implicadas. Es preciso plantearse interrogantes en torno a la cuestión. Aun siendo un riguroso intento filosófico de acuerdo sobre principios universales, que valoriza el lenguaje como posibilitador del diálogo, puede contener limitaciones todavía etnocéntricas. Los procesos de comunicación están relacionados con formas de organización de la vida que son distintas en diversas culturas y grupos humanos; y suponen sistemas de códigos organizados socialmente, portando valores y concepciones ideológicas. El diálogo no podrá ser tal en tanto no se construyan condiciones básicas de simetría entre los participantes. En el marco de la lucha de diversas minorías lingüísticas y étnicas, la mayoría de los países latinoamericanos han modificado sus leyes, reconociendo condiciones más equitativas a los pueblos indígenas (Albó, 1999). Desde Latinoamérica se desarrollan propuestas éticas interculturales sustentadas por la ética dialógica, la hermenéutica y la teoría crítica (Salas Astraín, 2003).

Referencias

Xavier Albó, *Iguales aunque diferentes*, La Paz, Cipca, 1999. - Fredik Barth, *Los grupos étnicos y sus fronteras: la organización social de las diferencias culturales*, México, FCE, 1976. - Guillermo Bonfil Batalla, *México profundo*, México, Los Noventa, 1990. - Verónica Cereceda, "A partir de los colores de un pájaro…", *Boletín del Museo Chileno de Arte Precolombino* Nº 4, Santiago de Chile, 1990, pp. 57-104. - Ricardo Salas Astraín, *Ética intercultural*, Santiago de Chile, Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez, 2003. - Héctor Trinchero, "Entre el estigma y la identidad. Criollos e indios en el Chaco salteño", en *Cultura e identidad en el Noroeste argentino*. Buenos Aires. CEAL, 1994.

Diversidad lingüística y sistemas de significación

Frida Villavicencio Zarza (México) - *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas)*

Valoración de la diversidad lingüística. Cuando las personas interactúan crean significados mediante prácticas comunicativas, las cuales pueden ser *verbales* (lenguaje oral, lenguaje escrito) o *no verbales* (gestos, música, pintura, etc.). Entre todos los sistemas de significación humana, las prácticas lingüísticas, es decir, las lenguas, constituyen la forma predominante. Las prácticas lingüísticas adquieren formas diversas a través del tiempo y el espacio; esta diversidad se manifiesta en las distintas lenguas que se han hablado y se hablan en todo el mundo. En las últimas décadas del siglo XX empezó a reconocerse que la diversidad lingüística, lejos de representar un problema, es fuente de innovación y creatividad y fortalece la identidad de los pueblos; como tal, constituye parte del patrimonio cultural de la humanidad, por lo cual debe ser reconocida y preservada para las generaciones futuras. El reconocimiento y valoración de la diversidad lingüística por parte de organismos internacionales, gobiernos, investigadores y hablantes se ha materializado en diversas declaraciones y legislaciones; la *Declaración Universal de los Derechos Lingüísticos* (Conferencia Mundial de Derechos Linguísticos, 1996), la *Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural* (Unesco, 2001) y la *Convención sobre la Protección y la Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales* (Unesco, 2005), son ejemplo de esta nueva actitud.

Extinción, desplazamiento y dominación. Es un hecho que el futuro de muchas lenguas está comprometido. Actualmente existen entre cinco mil y siete mil lenguas en todo el mundo; sin embargo, las condiciones sociolingüísticas que presentan son

muy diversas; varían en cuanto al prestigio, la vitalidad y el reconocimiento legal que se les otorga. Existen lenguas con una larga tradición de escritura en tanto que otras se consideran de tradición oral; ciertas lenguas gozan de gran prestigio cultural, pero la mayoría carece de él; algunas son habladas por millones de personas y presentan una alta difusión geográfica, en tanto que otras solo cuentan con unos pocos hablantes que habitan territorios reducidos. De todas las lenguas del mundo, solo doce superan los cien millones de hablantes: chino mandarín, inglés, español, hindi, bengalí, árabe, portugués, ruso, urdú, japonés, penyabí y alemán. Aproximadamente la mitad cuenta con menos de diez mil hablantes y unas mil quinientas con menos de mil. Cálculos moderados estiman que cada dos semanas asistimos a la muerte de una lengua; de seguir así, al finalizar esta centuria habremos visto desaparecer una cuarta parte de nuestro patrimonio lingüístico, lo que constituye una verdadera catástrofe. Aunque en diversos grados, todas (o casi todas) las lenguas indígenas de América están siendo desplazadas y se encuentran en peligro de extinción. Estas lenguas son minoritarias y presentan una situación sociolingüística desfavorable, producto de las relaciones económicas, políticas y sociales que a lo largo de la historia se han establecido entre los distintos grupos del área. Se trata de lenguas de tradición oral, con poco número de hablantes que habitan un territorio cada día más reducido y que se ubican en los niveles socioeconómicos más bajos. Aunque algunas de estas lenguas –como el náhuatl o el quechua– han gozado de cierto prestigio cultural que aún hoy se les reconoce y han fungido como lenguas francas en amplios territorios, históricamente todas las lenguas originarias del continente han establecido una relación asimétrica con las lenguas de los conquistadores y colonizadores europeos que llegaron al continente en el siglo XVI. A partir de entonces las lenguas indígenas han experimentado un paulatino y constante desplazamiento a favor de las lenguas europeas, como el español, el inglés, el portugués y el francés, que se constituyeron en las lenguas de los sectores dominantes de los distintos países americanos.

Investigación lingüística y reflexión ética. En las últimas décadas hemos presenciado un incremento de la investigación en torno a la diversidad lingüística del continente americano. Sin embargo, el estudio y la documentación de las lenguas americanas no han ido siempre a la par con una reflexión de las cuestiones éticas que se plantean en torno a la diversidad lingüística y las implicaciones de su estudio, preservación y desarrollo, en especial en nuestro continente. En cuanto a la investigación científica, es imperativo llevar a cabo una reflexión profunda sobre el papel de los investigadores interesados en las lenguas. Ante prácticas comunes, como el pago de informantes, las grabaciones de "habla espontánea" y la utilización de "observadores internos", cabe preguntarse: ¿cuáles son los principios éticos que deben regir la recolección de datos (producto de la actividad lingüística de los hablantes) y la conformación de corpus para investigaciones lingüísticas? ¿Quién puede usar un dato lingüístico y para qué? ¿Quiénes pueden o deben ser los repositorios de los corpus lingüísticos y quiénes sus usuarios? Surgen aquí temas de la máxima importancia, como el respeto a la vida privada y a la confidencialidad de los hablantes, o bien, la relación entre los intereses y bienestar de los individuos y las comunidades y la libertad de investigación científica. Dos cuestiones fundamentales para la bioética resultan especialmente pertinentes para el caso que aquí nos ocupa: los principios de libertad y equidad. El principio de libertad tiene que ver con el derecho que tienen los seres humanos de tomar decisiones fundamentadas en información adecuada. El principio de equidad es una expresión de la justicia social.

Libertad en el uso de las lenguas. Las lenguas tienen como peculiaridad ser un patrimonio intangible; como tal, no constituyen objetos ni lugares, sino actividades realizadas por individuos particulares en cuanto miembros de comunidades históricas. En tanto manifestación de una actividad individual, la lengua es creación, o mejor dicho, recreación; en tanto actualización de una tradición histórica, es un hecho social. Este doble carácter es el que permite entender los complejos fenómenos asociados a las lenguas y a las implicaciones éticas que estos conllevan. En cuanto a los individuos, podemos decir que una lengua vive mientras haya hablantes que la usan, es decir, en tanto exista un grupo social que utiliza dicha lengua como medio de comunicación cotidiana. Un primer punto de reflexión gira en torno al papel que desempeñan los hablantes en relación con sus lenguas maternas. ¿Son estos depositarios, usuarios o dueños del patrimonio intangible que constituyen las lenguas indígenas? Y, como tales, ¿qué derechos y deberes tienen sobre ellas?

Equidad en el uso de las lenguas. La muerte de una lengua es un proceso paulatino (excepto cuando se trata de una situación extrema de genocidio), los hablantes dejan de utilizar la lengua progresivamente. Lo hacen reduciendo los espacios sociales en los que esta funciona como medio de comunicación; esta reducción va del ámbito de lo público al ámbito de lo privado; la lengua en cuestión se utiliza cada vez menos hasta quedar reducida a un espacio estrictamente familiar. El principio de equidad tiene que ver con el hecho de que los hablantes de lenguas minoritarias (individuos y comunidades) tengan la posibilidad efectiva de recuperar los

espacios perdidos y utilizar su lengua materna en la escuela, los medios de comunicación, el sistema de salud, la legislación, etc., y no solo en el hogar. Está pendiente una reflexión ética sobre la apropiación y el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación como un nuevo espacio de interacción comunicativa en el cual las lenguas minoritarias están aún por definir su participación. La equidad está en relación directa con la posibilidad real que tengan estos hablantes de acceder al desarrollo social y económico. La marginación, la pobreza y el analfabetismo aceleran la muerte de las lenguas minoritarias, por lo cual cuestiones éticas que tienen que ver con la desigualdad social, la disponibilidad y accesibilidad de los adelantos científicos y tecnológicos y sus aplicaciones también atañen a la diversidad lingüística.

Conclusiones. La lengua no solo es una forma de ver el mundo, es una forma de decir y hacer cosas. Cada lengua es un ejemplo único e irremplazable de la variedad del lenguaje humano; cuando se abandona una lengua se pierde esencialmente una forma de vida, una forma de pensamiento, una forma de valoración, por eso es tan lamentable la pérdida de un idioma. Es deber de los gobiernos reconocer la importancia de la diversidad lingüística y las responsabilidades de los seres humanos para con ella y legislar en pro de la salvaguarda y promoción de este patrimonio de las generaciones presentes y venideras. Este ejercicio legislativo requiere una profunda reflexión ética que tenga en cuenta los contextos culturales, sistemas de valores, tradiciones y creencias de los individuos y sus comunidades lingüísticas. Pero no basta con legislar, debe también crear las condiciones socioeconómicas y políticas para que los hablantes de las lenguas minoritarias puedan seguir utilizándolas, si así lo deciden libremente, sin que ello implique prácticas de discriminación o estigmatización.

Referencias

Conferencia Mundial de Derechos Lingüísticos, *Declaración Universal de los Derechos Lingüísticos*, 1996. - Unesco, *Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural*, 2001. - Unesco, *Convención sobre la Protección y la Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales*, 2005.

Tradición oral indígena

José Antonio Flores Farfán (México) - *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas)*

La tradición oral como continuidad de la diversidad etnolingüística y cultural. Se calcula que existen entre 6000 y 8000 lenguas y culturas en el mundo. La mayoría de las cuales constituyen culturas orales. La *tradición oral* no es una simple cuestión de folclor ni una curiosidad de estéril contemplación científica. Lo que se conoce como tradición oral conforma ni más ni menos que el sustento material más recurrido de las lenguas y culturas del mundo. Por tomar un ejemplo, en México la diversidad etnolingüística es considerable; hay quienes afirman que existen unas 275 lenguas (*Summer Institute of Linguistics*, SIL) y oficialmente se ha hablado de 62 a 100 lenguas indígenas (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI); hoy día se llega a hablar de más de 20 familias (CDI). Estas diferencias revelan que el número de familias y lenguas es debatible, dependiendo de una serie de factores según como se considera una lengua o un dialecto, con base en criterios no exentos de ideologías en pugna en términos, por ejemplo, de la ideología babélica del SIL –recuérdese que en última instancia se trata de traducir el Nuevo Testamento–, en contraposición a una de uniformación, como la que en mayor o menor medida ha caracterizado históricamente al Estado mexicano, por lo menos hasta hace muy poco si se observan los censos nacionales. Independientemente del número de lenguas que existan en México, es claro que se trata de uno de los países del mundo más ricos etnolingüísticamente hablando. Sin embargo, solo una lengua cuenta con una tradición escrita estándar de alcance nacional, el español, mientras que el resto de las lenguas y culturas originarias se han reproducido y se reproducen de maneras orales, algo que difícilmente pueda cambiar en el futuro. Guardando las debidas proporciones, lo mismo es el caso para la mayoría de las lenguas y culturas del mundo. Siendo que la continuidad lingüística y cultural en la mayoría de las situaciones se produce de manera oral –puede decirse que esa es la situación más normal y no la excepcional–, aun cuando se trate de un patrimonio seriamente amenazado, se calcula que para fines del siglo XXI entre el 80% y el 90% de este patrimonio inmaterial de la humanidad habrá desaparecido (Crystal, 2000) si no se toman acciones urgentes para su defensa y retención. El lingüicidio de las lenguas indígenas se debe, entre otras cosas, a la colonización interna y a procesos en curso, como la migración, la urbanización, la discriminación y la carencia de soporte institucional para el uso de las lenguas locales. Además, casi no existen materiales ni promoción lingüística y cultural sobre la diversidad; hay pocas leyes que favorecen el mantenimiento de las lenguas, y las existentes no se refuerzan. En México se procura desarrollar el proyecto de investigación e intervención denominado *Proyecto de Revitalización, Mantenimiento y Desarrollo Lingüístico y Cultural* –Prmdlc– (Flores Farfán 2001, 2005), para enfrentar mínimamente esta inminente catástrofe de la humanidad. Se puede ir aún más lejos, afirmando que en realidad hasta las lenguas y culturas con una tradición literaria la han instaurado y la

mantienen viva gracias a la oralidad, en la medida en que la realidad oral es la realidad primigenia de cualquier lengua y cultura. No debemos interpretar esto, sin embargo, como que una realidad es superior a otra, como de alguna manera pretendería hacer creer una posición evolucionista. Tampoco debemos caer en el planteamiento inverso; es decir, en el dogma de que a mayor desarrollo de la escritura existe una suerte de superioridad cultural. Si bien la aparición de la escritura ha sido considerada como un indicio de las grandes civilizaciones, muchas veces semejantes escrituras han cumplido la función no solo de un registro escrito de la historia de un pueblo determinado, sino que se han constituido en maneras de legitimar a las clases en el poder. Técnicamente la escritura constituye un elemento material de apoyo a la memoria, un instrumento mnemotécnico que, no obstante, también contribuye al desempeño oral. Piénsese, por ejemplo, en el papel que cumplían los códices en la época prehispánica. Pero la escritura y la oralidad tienen sus propias reglas, a menudo diametralmente distintas. Mientras que la escritura se apoya en el ojo, la oralidad lo hace en el oído. El texto escrito es algo fijo que queda grabado de manera definitiva una vez producido y, sobre todo, publicado, mientras que el texto oral requiere ser repetido y recreado de acuerdo con las distintas situaciones e interlocutores de que se trate en cada caso (Pérez Cortés, 2004).

Tradición oral, estilos de vida y racionalidad moral. La realidad oral remite a una manera de concebir el mundo, o si se quiere a una cosmovisión, a distintos estilos de vida o estilos culturales. Implica un modo de vida vinculado a géneros verbales que si bien se repiten, al mismo tiempo se recrean constantemente y sobreviven y han sobrevivido a los embates coloniales e incluso de la modernidad. Un ejemplo de cómo la oralidad se renueva y cobra plena vigencia lo constituye la actualización de los mitos y leyendas propios de los pueblos amerindios en su lucha por su supervivencia, en distintas coyunturas actuales. Se puede aludir a la movilización que los actuales pueblos nahuas del Alto Balsas, Guerrero, han desarrollado con éxito en contra de la construcción de una presa hidroeléctrica en la región. En el cuento local de la Sirena *Aalamatsiin* ("viejita del agua") existe toda una racionalidad moral que celebra el (precario) equilibrio entre el hombre y la naturaleza en un sentido de reciprocidad que, al ser violentado, suscita una serie de reacciones y sacrificios que el ser humano debe realizar para reparar el daño moral y material que sobreviene al infringir el código de conducta instaurado en semejante reciprocidad entre el hombre y la naturaleza. Así, en el cuento original de la Sirena y sus variantes (como el de *Aaketspalin,* "el lagarto", otra advocación de la sirena, la cual a su vez es heredera de las deidades prehispánicas del agua), la sirena impone un castigo capital al pescador que se convierte en pecador al infringir una norma de conducta nahua y cristiana: la posibilidad del adulterio. Al abusar de la pesca para proveer de peces a su (presunta) amante (o mentir en el cuento del lagarto), al pescador la sirena le exige sacrificarle a su hijo para reparar el daño moral y material infringido al orden natural (pescar de más) y social (engañar a su legítima esposa). En caso de que la amenaza de desaparición de las comunidades ribereñas se cirniera de nuevo sobre las comunidades del Alto Balsas, amenazando con extinguir más de veinte comunidades nahuas, devastando su patrimonio no solo arqueológico sino humano, con todas sus implicaciones psicosociales, seguramente la Sirena y otros seres irrumpirían en la escena en defensa de la integridad ambiental del Balsas y, en caso de que semejante lingüicidio directo llegara a perpetrarse, tomarían venganza, por ejemplo, inundando y finalmente devastando la región.

Tradición oral y empoderamiento de los hablantes. Otro ejemplo de recreación del patrimonio intangible, tan amenazado por fuerzas lingüicistas como la escuela, la cual básicamente ha jugado un papel destructor del patrimonio intangible, en particular de las lenguas amenazadas, es la recreación de géneros aparentemente tan nimios –desde una perspectiva occidental, de cultura escrita impuesta–, es la vigencia (o no) del género de las adivinanzas. Considérese que en las comunidades de raigambre oral, la escritura ha sido y es una necesidad impuesta desde el exterior, sin querer decir que no exista la posibilidad de su apropiación y empoderamiento, lo que también promueve el Prmdlc. Este proyecto se basa en la recreación de distintas tradiciones indígenas mexicanas como las aludidas, tanto oral como visualmente, en distintos medios y en numerosas lenguas y regiones de México (e. g. náhuatl, maya yucateco). El Prmdlc incluye, por ejemplo, el uso de distintos géneros visuales para desarrollar materiales educativos innovadores, cuya función es el empoderamiento de los hablantes, como en el caso del náhuatl, en que se utilizan las ilustraciones en papel amate para recrear adivinanzas e historias en video. Estos materiales disparan la producción local y, por tanto, la recreación de las formas de expresión de la cultura mesoamericana y la promoción de la readquisición de la lengua. En este sentido, las adivinanzas no son un género menor, como han sido calificadas de nuevo desde una perspectiva etnocéntrica (occidental-escrita), que las considera "juegos de niños", una literatura "menor". Por el contrario, constituyen bastiones de la retención lingüística y cultural, y desde el punto de vista de la investigación, conforman indicios elocuentes de la vitalidad (o no) de unas cultura(s) y lengua(s) amenazadas. Como una ilustración de la versatilidad del género –debería decirse de los hablantes– para adaptarse a condiciones siempre cambiantes, abrumadoramente

adversas en el caso de las lenguas y culturas subordinadas, considérese la siguiente adivinanza, primero en su versión prehispánica, y posteriormente en su versión moderna: *Chimalli itic tentica*. Que por lo demás, como muchos otros tropos orales semejantes, explotan los metaplasmos o lo que la gramática tradicional denominaba figuras de dicción, en el sentido de encubrir o cifrar la respuesta en la pregunta misma. Si traducimos literalmente esta adivinanza tenemos que *chimalli* es "escudo", *itic*, "su barriga; i.e. dentro", mientras que *tentica* es "está lleno", ¿Qué es algo que por dentro está lleno de escudos? *Chilli* ("El chile"), donde si nos detenemos a pensar hay un juego de palabras en el que *Chilli* ya está contenido en *Chimalli*... La versión actual de esta adivinanza es: *See tlakaatsiintli / Tlakaati istaak / Nemi xooxowki / Waalmiki chichiltik*. Donde también podemos encontrar la respuesta cifrada, o si se quiere disfrazada, en la última parte de la adivinanza… El Prmdlc persigue fortalecer y reintroducir semejantes géneros en formatos de alta calidad y en distintos medios, pugnado por el empoderamiento de estas lenguas y culturas bajo un modelo co-participativo, lúdico y extra escolar, desde la base social, para la promoción de la lengua y la cultura propias. La oralidad puede y debe ser reivindicada, por cuanto continúa siendo el medio por excelencia para la reproducción de estas, más allá de los prejuicios que enfrentan desde una cultura escrita etnocéntrica que quisiera hacernos creer que sin escritura la continuidad etnolingüística es imposible, cuando en realidad otra cultura es posible. De esta manera, géneros orales, como las adivinanzas o los trabalenguas, se consideran y llegan a instaurarse como bastiones o nichos del mantenimiento lingüístico y cultural. Para ello, el enfoque de empoderamiento se desarrolla en las comunidades mismas, convocando y llevando a cabo talleres con niños hablantes de las lenguas originarias, contando con la participación de hablantes que forman parte del equipo de promotores-activistas lingüísticos y culturales, quienes a su vez son co-autores de los productos que en distintos formatos se distribuyen entre la población hablante como incentivos para el uso y consumo de materiales en lenguas indígenas en el núcleo familiar mismo, incluyendo audiolibros para iluminar, los cuales hasta la fecha han sido producidos en distintas variedades del náhuatl, en maya yucateco y recientemente en *ñu savi* (mixteco). En suma, las prioridades de este esfuerzo consisten en la documentación y recreación del vasto patrimonio lingüístico mexicano por medio de la producción y difusión de un amplio rango de materiales en lenguas indígenas basados en producciones orales locales, con imaginación artística. Para ello se promueve el entrenamiento de actores locales en la producción y difusión de materiales en lenguas indígenas, así como el desarrollo de habilidades para recopilar, trascribir, analizar, traducir e ilustrar narraciones nativas. El empoderamiento lingüístico y cultural de las comunidades, favoreciendo la adquisición de corpus a través de talleres con los actores locales, permitiría incluso la apertura de nuevos espacios en los sistemas escolares para usar y disfrutar de las lenguas indígenas. Más aún, el Prmdlc también persigue la concientización del público en general sobre el estatus del peligro en que están las lenguas indígenas de México, buscando promover un enfoque intercultural, acercando, en una relación dialógica, a las comunidades hablantes de lenguas indígenas con la sociedad mayor. Hasta ahora los resultados del proyecto incluyen el reforzamiento de la competencia lingüística con al menos dos integrantes del Prmdlc, demostrando que la reversión del lingüicidio es posible. Otro resultado sobresaliente es la difusión de miles de libros, casetes y videos para niños en la comunidades indígenas (Balsas y otras regiones nahuas y en la península de Yucatán con los mayas). Más aún, también se han desarrollado intervenciones para la concientización de la sociedad mayor del valor de las lenguas y culturas indígenas, elaborando materiales en lenguas indígenas, disponibles en bibliotecas públicas de escuelas oficiales y en las librerías más importantes a nivel nacional, lo cual ha incluido la impartición de talleres para maestros, estudiantes y padres de familia, además del entrenamiento de lingüistas indígenas en la Maestría en Lingüística Indoamericana del Ciesas.

Referencias

David Crystal, *Language Death,* Cambridge, Cambridge University Press, 2000. - Jane Hindley, "Indigenous mobilization, development, and democratization in Guerrero: the Nahua people vs. the Tetelcingo dam", en *Subnational politics and democratization in Mexico,* La Jolla, California: Center for U.S. Mexican Studies, 1999, pp. 207-238. - José Antonio Flores Farfán, "Intervention in indigenous education. Cultural sensitive materials for bilingual Nahuatl speakers", en Margarita Hidalgo (ed.), Mexican Indigenous Languages at the Dawn of the 21st Century. Contributions to the Sociology of Language 91, Berlin, Mouton de Gruyter, 2005, pp. 335-361. - José Antonio Flores Farfán, "Culture and language revitalization, maintenance, and development in Mexico", en *International Journal of the Sociology of Language* 152, 2001, pp. 185-197. - Sergio Pérez Cortés, *Palabras de Filósofos. Oralidad y escritura en la filosofía antigua*, México, Siglo XXI Editores, 2004.

Interpretación moral en arte y literatura

María Herrera Lima (México) - *Instituto de Investigaciones Filosóficas (UNAM)*

La interpretación moral de las artes y la literatura solo es posible cuando se formula desde una concepción de la interpretación (teorías pluralistas) y

depende también de las maneras en que las teorías morales y de las artes construyen su objeto de análisis o interpretación. En términos generales, las teorías estéticas tradicionales consideran las lecturas políticas y morales del arte como externas o poco pertinentes (formalismo estético) aunque el panorama reciente es más abierto. En la filosofía moral, las teorías hermenéuticas y la llamada "crítica ética" anglosajona reconocen la existencia de una vinculación interna, o al menos de una relación complementaria, entre cuestiones morales y algunas manifestaciones artísticas, lo cual abre el camino a la interpretación moral. Para estas doctrinas, la relación más clara se postula con la literatura, en especial, en temas como: la identidad personal y la narrativa como modelo de unidad de vida, la decisión y el juicio moral desde el punto de vista del sujeto, y los conflictos entre códigos morales y legales.

Interpretación de las artes y punto de vista moral. La noción de interpretación que puede ser útil en el tema que nos ocupa –sin adentrarnos en los debates sobre cuestiones técnicas del concepto de interpretación– puede describirse de modo general como la caracterización de objetos o artefactos culturales en atención a sus rasgos constitutivos (estéticos, éticos o de alguna otra índole) pero sin excluir otras interpretaciones posibles. No presupone que pueda lograrse una interpretación única o completa de esta clase de objetos, ya que, como productos culturales, están abiertos a lecturas diferentes a lo largo de su existencia histórica y desde posiciones e intereses diferentes. No es, de hecho, algo extraño que una misma obra o texto literario pueda ser descrita y valorada de modos diversos y aun incompatibles. Esto es algo frecuente en la historia de las artes y se considera parte de su riqueza –su apertura a una pluralidad de significados– además de dar sustento a la crítica de las artes como actividad cultural especializada. Esto último incluye no solo su carácter como obra de arte, sino también otros aspectos o dimensiones de su significado cultural, ya sea este moral, político o algún otro. De manera que las interpretaciones (descripciones y valoraciones) de las artes pueden considerar las obras como objetos de apreciación estética, o desde algún otro punto de vista pertinente a su intención o contenido. En el caso de la interpretación moral de las artes y la literatura, la actitud pluralista no considera necesario tomar partido por alguna de las posturas extremas que, o bien parten de una separación estricta entre las esferas de valor de la ética y la estética (teorías autonomistas) y, por tanto, excluyen toda lectura moral del arte como ilegítima o "externalista", o fusionan estas lecturas hasta confundirlas, en alguna de las versiones del "moralismo" en la interpretación de las artes. No obstante, reducir la interpretación moral a un "punto de vista" frente a las obras no resuelve algunos de los problemas de fondo. Es decir, no establece con claridad la clase de relaciones que pueden existir entre esos ámbitos de la experiencia (moral, estética) ni cómo afectan estos a las obras. Esto último depende de la manera en la que las teorías éticas y estéticas caracterizan a sus objetos y solo a partir de ello podrá decidirse qué interpretaciones son no solo posibles sino legítimas para esos objetos. Los compromisos teóricos dictan a su vez los tipos de descripciones que se consideran válidas para cada uno de ellos.

Teorías de las artes visuales e interpretación moral. Desde la perspectiva de las teorías estéticas, es importante considerar no solo la vieja pregunta esencialista: ¿qué es el arte?, sino las nuevas formulaciones, como la de Nelson Goodman: ¿cuándo es arte? (Goodman, l990). Ya que de ello depende también *dónde* se sitúa el momento de la interpretación. Para algunas de las teorías estéticas tradicionales el sentido de la obra queda establecido por la intención del autor (no de modo abstracto sino plasmado en la obra); este supuesto las vincula con un grupo de teorías de la interpretación que rechazan el pluralismo de las interpretaciones, las llamadas teorías "singularistas" (Krausz, 2002). Para un buen número de teorías estéticas más recientes, que se conocen como "pluralistas" en contraste con las anteriores, en cambio, el sentido de las obras permanece abierto y se "completa" con las lecturas o actos de apreciación de los receptores. Si en el caso de las teorías "singularistas" la interpretación consiste ante todo en un proceso de desciframiento de sentidos codificados, en el segundo se pone el acento en la recepción con diferentes grados de intensidad. Es decir, no todas las teorías pluralistas niegan que exista un sentido "autorial", sino que solo rechazan que este sea el único que tiene peso o valor en la construcción del sentido de la obra. Esta postura busca la cooperación (o "negociación" acudiendo a una imagen comercial poco afortunada) del espectador o público de las artes para "realizar" el sentido de las obras. O también, en una imagen más acertada, hablarían de la "activación" de sus significados –Nelson Goodman. En términos generales, estas teorías se vinculan con los autores antes mencionados, entre otros, y también con el pensamiento hermenéutico, en particular, con la escuela de la Recepción –W. Iser y Hans-Robert Jauss. En sus versiones más extremas, en mi opinión insostenibles, esta postura traslada todo el peso de la construcción de sentido al espectador, por ejemplo, al sostener que "la obra no existe hasta que es apreciada". No obstante, esto puede reducirse a la afirmación trivial de que la obra no existe "para ese espectador" hasta el momento de su apreciación, pero no implica que no exista ella

misma –como obra de arte– ya que ha existido al menos para su autor, su primer contemplador. El problema consiste más bien en establecer la conexión entre los sentidos propuestos por el autor y los de sus diferentes públicos, que no necesariamente coinciden en todos los casos, y que da lugar a conflictos entre interpretaciones rivales. Es en este espacio de debates donde tienen lugar las lecturas morales –o políticas– de las obras. Por ejemplo, una lectura política del muralismo mexicano –digamos, desde la estética marxista– podría considerar las preocupaciones formales-plásticas de esos pintores como resabios de un esteticismo burgués prescindible; mientras que una lectura en clave formalista –digamos, de un historiador del arte– podría considerar los logros plásticos y expresivos como lo más importante y definitorio de esas obras –por caso, las innovaciones pictóricas de David Alfaro Siqueiros– de manera independiente a su contenido político, y con mayor razón, de su programa ideológico, que es rechazado como un estorbo o una motivación "extra estética". El problema de las lecturas morales obedece a una lógica semejante a la de las lecturas políticas, de ahí que pudiera ser instructivo comparar estos dos casos para preguntarnos sobre las clases de "usos" o expectativas legítimas que estos objetos culturales pueden suscitar (Herrera, l995). Es importante también hacer notar que no todas las formas de interpretación moral del arte son necesariamente didácticas o moralistas –o pretenden alguna forma de enseñanza, como en el caso del arte explícitamente político–; también pueden conducir a formas de reflexión diferentes, como instancias de autocomprensión. Así lo sostiene, por ejemplo, Richard Wollheim (1984), autor de textos importantes de teoría estética, para quien estas imágenes pueden ser vistas como representaciones de nuestros deseos, aspiraciones, emociones y creencias, tanto en la forma de un escrutinio psicológico, como en relación con un examen autocrítico que involucra una dimensión moral. En este caso, el espacio de reflexión sobre cuestiones morales es mucho más libre, se trata de imaginar –e imaginarse– en situaciones hipotéticas, distintas a la experiencia de vida normal o cotidiana de esos sujetos, que puede conducir a cuestionamientos acerca de la moralidad convencional. Es el viejo espacio de transgresión al que dan acceso las artes, pero no visto necesariamente como algo opuesto e incompatible con la moralidad –digamos a la manera de Kierkegaard–, sino como parte del espacio de deliberación sobre cuestiones fundamentales acerca de la existencia humana.

Filosofía moral y literatura. Las relaciones posibles entre la moralidad y los textos literarios se han planteado históricamente de muchas maneras. De modo análogo al autonomismo estético, algunas teorías morales sostienen que se trata de una confusión de ámbitos que deberían distinguirse con claridad aunque se encuentren entremezclados en la experiencia ordinaria. Entre estas últimas se encuentran no solo las herederas de Kant, sino también otras que comparten con aquellas algunos supuestos fundamentales; entre estos: que la reflexión moral debe abstraerse de las circunstancias y características particulares de los agentes, y que, por tanto, el punto de vista moral debe caracterizarse por su imparcialidad e indiferencia ante cualquier relación o circunstancia particulares. Esta separación entre motivos morales y no morales resta importancia a las experiencias particulares de los sujetos en su constitución –o identidad– como sujetos morales, y por ende excluye la clase de relatos de experiencias de vida que ofrece la literatura como relevantes para la moral. Pero esta concepción de la moralidad y su tendencia a reducirla a un modelo legal –o "legalista"– ha sido criticada como insuficiente para dar cuenta de la experiencia formativa de los sujetos en la vida moral ordinaria –o el campo de la "eticidad"– aun por filósofos herederos de la tradición kantiana, como algunos representantes de la segunda generación de la teoría crítica: Seyla Benhabib, Axel Honneth. Pero es en la hermenéutica, sobre todo en la obra de Hans-Georg Gadamer, o en la de Paul Ricoeur, donde pueden encontrarse vinculaciones internas entre las artes como maneras de comprender el mundo y otros aspectos constitutivos de lo humano –de modo central, la sociabilidad y la experiencia moral– aun si no se postulan directamente modos de interpretación moral de la literatura o las artes. Asimismo, una corriente de la filosofía moral anglosajona ha desarrollado una postura alternativa, más abierta que el modelo analítico, que ha emprendido un diálogo con teóricos de la literatura como Wayne Booth (1988), cuyo libro tuvo una gran influencia para dar forma a estos debates; Martha Nussbaum es una de sus más destacadas representantes (Nussbaum, 1990). Puede mencionarse también a Alasdair MacIntyre, Bernard Williams y Richard Wollheim, que han contribuido a la reflexión sobre otros aspectos de esta postura alternativa. Como sostiene Williams, se trata de "asignar un espacio mayor que el que puede darles el kantismo a la importancia del carácter individual y las relaciones personales en la experiencia moral" (Williams, 1993). Para estos filósofos, la llamada "crítica ética" de la literatura se presenta como una opción productiva para el pensamiento moral. Uno de los temas más interesantes de este diálogo se refiere a los conceptos de unidad de vida y formación de la identidad a partir del modelo de la narrativa. MacIntyre acude a ella, en primer lugar, porque esta idea presenta una imagen coherente de nuestras intuiciones sobre la

experiencia moral, en especial, en atención al hecho de que las acciones morales no resultan inteligibles de manera aislada y es necesario, en cambio, situarlas en el contexto de la totalidad de la vida de los sujetos para que adquieran pleno sentido. Es allí donde cierto tipo de relatos literarios (novelas) parecen ofrecer un ejemplo privilegiado. Pero MacIntyre sostiene algo más, esto es, un argumento teleológico que requiere más que la simple coherencia que ofrece la unidad temporal del relato y la continuidad biográfica de la existencia de los sujetos (algo que sostiene también Williams). Para evitar el riesgo de una postura relativista MacIntyre considera además que el sentido moral del relato está determinado por la búsqueda del bien (la "bondad" o la "verdad" de esa vida como un todo) aunque con ello incurre, sin embargo, en postulados dogmáticos que no podemos discutir aquí. A Nussbaum, en cambio, le interesa el lenguaje expresivo de la literatura como especialmente apto para describir la experiencia moral; por ejemplo, en situaciones de decisiones difíciles o conflictos morales, para las que el vocabulario técnico de la filosofía resulta pobre o inadecuado. Las críticas que ha recibido su trabajo provienen de lo que para algunos supone, tanto desde la crítica literaria (W. Booth) como desde la filosofía (Herrera, 1994 y 1995), una distinción insuficiente entre el relato de ficción, con sus diferentes voces narrativas, y la descripción de las conductas morales de los sujetos reales. Acudir a la literatura para esta clase de ejemplos puede ser una tarea enormemente provechosa, aunque respetando los límites y distinciones que se deben a cada disciplina. Un tema en el que la producción literaria latinoamericana ofrece una riqueza aún mayor que el de la identidad personal es el de la reflexión sobre la identidad cultural, el cual merece, no obstante, un estudio aparte.

Referencias

Wayne C. Booth, *The Company We Keep, An Ethics of Fiction*, Berkeley, University of California Press, 1988. - Michael Krausz, (ed.), *Is There A Single Right Interpretation?*, University Park, The Pennsylvania University Press, 2002. - Nelson Goodman, *Maneras de hacer mundos*, Madrid, Visor, 1990. - María Herrera, "El punto de vista moral en la literatura", en María Teresa López de la Vieja (ed.) *Figuras del logos,* Madrid, FCE, 1994, pp. 41-56. - María Herrera, "Los recursos de la ficción y los usos morales de la literatura", *Isegoría*, N° 11, Madrid, 1995, pp. 144-150. - María Herrera, "Latin American Aesthetics", *Encyclopedia of Aesthetics*, Michael Nelly (ed.), Nueva York, Oxford University Press, 1998, pp. 108-111. - Martha Nussbaum, *Love's Knowledge*, Nueva York, Oxford University Press, 1990. - Richard Wollheim, *The Thread of Life*, Cambridge, Harvard, 1984.- Bernard Williams, *La fortuna moral,* México, IFF, UNAM, 1993.

Ética y literatura

Silvana Rabinovich (México) - *Instituto de Investigaciones Filosóficas (UNAM)*

Los binomios constituidos por disciplinas diversas denotan relaciones que suelen caracterizarse por la subordinación de un término a otro. Así, el Medioevo concebía a la filosofía como *sierva* de la teología. Siguiendo este modelo, hay quienes, por una parte, desde una ética normativa encuentran en la literatura un reservorio de valores; o quienes, por otra, ven en la filosofía un género literario. En el caso contemporáneo, específicamente en América Latina (si bien no exclusivamente), ética y literatura podrían plantear una relación distinta. Más allá de buscar valores morales en las letras, la reflexión ética pone en cuestión a la moral autónoma a partir de un abordaje serio de la ficción. La ficción se entiende como otro camino en la búsqueda de la verdad.

Lenguaje, alteridad y pluralismo. En Latinoamérica, el encuentro con el otro se halla centenariamente en el horizonte de toda posibilidad de pensamiento y de escritura. La coexistencia de una multiplicidad de lenguas y dialectos (tan solo en México se registran oficialmente 61 lenguas indígenas), aun bajo la hegemonía de lenguas de origen colonial, hace patente una variedad de costumbres y culturas que se reflejan en narrativas y literaturas orales y escritas heterogéneas. Esta diferencia constitutiva pone en cuestión cualquier intención de uniformidad en la lectura. Por su parte, la lengua española se manifiesta de maneras muy distintas dentro de cada país. Un abordaje ético indiferente a la alteridad, que ignore la diferencia irreductible inherente a lo humano, no traspasaría el umbral de entrada al pluralismo característico de la región, pluralidad que adquiere carácter universal. La aspiración a la universalidad –que siempre parte de la singularidad– es propia de la filosofía. En este caso, a partir del singular encuentro de ética y literatura, se trataría de plantear la *diferencia* filosófica.

Ética heterónoma y textos literarios. En el marco planteado, la ética heterónoma proporciona elementos importantes para el abordaje del otro en la literatura. El filósofo lituano-francés Emmanuel Lévinas planteó una ética *heterónoma* (diferente de la moral autónoma clásica), cuyo origen es la responsabilidad para con el otro, una responsabilidad anterior a aquella que se limita a responder por los propios actos. Parte de esta filosofía inspiró a la filosofía de la liberación latinoamericana de Enrique Dussel, entre otros. Según la heteronomía, el prójimo es origen del sujeto cuya moral es dictada desde el exterior, desde un pasado inmemorial y no desde su propia conciencia y voluntad, que son

posteriores. Se comprende al *sujeto* en tanto *sujetado* a la exigencia de justicia proveniente del *otro*. La interpelación del otro en su irreductible alteridad determina al sujeto. Esto se agrava en el caso de la muerte del prójimo: podríamos decir que la orfandad es el horizonte del sujeto: al recibir del otro la vida, no puede retribuírsela, sino darse hacia el futuro. La muerte propia carece de sentido al entenderse el yo como "más allá de su propia muerte". Trascendencia en el porvenir, el presente se entiende con relación a un pasado inmemorial que lo constituye: *tiempo actual* (Benjamin) lleno de pasado y de porvenir. El tiempo y el lenguaje dan origen a un sujeto heterónomo, cuya ley proviene de la palabra y del tiempo del otro, y por ese otro reclama justicia. Estas nociones de la ética heterónoma habitan algunos textos literarios con la veracidad propia de la ficción o de la poesía, trascendiendo la capacidad de formulación de la ética. La figura benjaminiana del narrador insiste en la literatura, evocando la definición levinasiana del hombre como "animal profético". El lenguaje se entiende como "palabra profética": palabra que proviene del otro (pasado perimido) y va hacia el otro (por venir), quien "da la palabra" es una especie de *médium*. En el entrecruzamiento entre la ética heterónoma y ciertos textos literarios de autores latinoamericanos escogidos se sitúa nuestra perspectiva, dejando claro que hay muchos otros entrecruzamientos posibles. Sin embargo, prestar atención al complejo *ethos* de la región desde ese punto de encuentro posibilita echar otra luz sobre la cultura y la vida en el lugar.

El otro, el cuerpo, la vida y la muerte. La responsabilidad inmemorial con la muerte del otro se manifiesta en algunos cuentos del mexicano Carlos Fuentes (1928) como "Tlactocatzine, del jardín de Flandes" o "Chac Mool", y en particular en su breve novela *Aura*. Se trata por una parte de elementos constitutivos de las culturas regionales (como la relación de los vivos con los muertos), que se manifiestan como insistencias de la alteridad en el yo. Personajes del pasado que exigen en los vivos un deber de memoria, de justicia para con lo acontecido, o la exigencia de vida de un dios que revive de una estatua, asoman en la literatura. De maneras diversas los elementos culturales evocados por el autor dan largo aliento, nuevas posibilidades a la heteronomía. El argentino Juan José Saer (1937-2005), en su novela *El entenado* ofrece un testimonio de ficción del sangriento encuentro con el otro en tiempos de la conquista: el narrador renace en tanto testigo de esa alteridad. Su "ensayo imaginario" *El río sin orillas* aborda los elementos fantásticos de la historia argentina desde el arribo de los conquistadores españoles al Río de la Plata. La violencia elemental del encuentro con el otro deja traslucir en la pluma de Saer un horizonte ético abigarrado y problemático, que pone en cuestión el concepto de identidad. Los *Escritos antropófagos* del brasileño Oswald de Andrade (1890-1954) anuncian a un *otro* matriarcal contrapuesto al patriarcado típico del pensamiento occidental que se resume en la expresión: "tupí *or not* tupí" del célebre *Manifiesto antropófago*. La corporalidad como lo propio de lo humano es uno de los elementos de la ética heterónoma que son abordados por la "cultura antropofágica" de un modo completamente distinto al propuesto por la ética heterónoma de Lévinas. Notablemente, el escritor brasileño ofrece su pluma a la palabra del indio, traduciéndola al modo del *rehén*, este último "personaje filosófico" levinasiano que en la substitución expía por el otro. En un tono muy distinto al del brasileño, pero en un gesto que le es familiar, el chileno Pablo Neruda (1904-1973) en su *Canto general* anuncia: "yo vengo a hablar por vuestra boca muerta". Palabra proferida que proviene de una palabra recibida, testimonio por los muertos y desaparecidos de distintas latitudes. El uruguayo Felisberto Hernández (1902-1964) en "Tierras de la memoria" a partir de los sentidos del cuerpo, evoca a la memoria en tanto sentido de los sentidos. Un cuerpo lleno de memoria enfatiza cierta porosidad, insoslayable permeabilidad característica de lo intersubjetivo, apertura al otro imposible de sellar.

De este modo, la relación entre ética heterónoma y literatura puede plantearse bajo la figura de la traducción. En tanto la literatura *puede* decir más de lo que la filosofía *quiere* decir, proponiéndole a la ética un horizonte pleno de otras posibilidades conceptuales. En otras palabras, la literatura encuentra las palabras justas para dar voz al *deseo* de la filosofía. Puede decirse que así como la *República* de Platón aborda a la justicia como un problema capital, este no ha dejado de plantearse de muchos otros modos a lo largo de la historia de la ética hasta rayar en la obsesión. La literatura enfatiza dicha obsesión por la justicia al modo en que la traducción, según Benjamin, en lugar de subordinar la lengua de origen a la lengua de arribo, redime al lenguaje mismo al poner en escena la extranjería, al volver extraña la lengua anfitriona. Esa extrañeza del lenguaje que opera la traducción es el gesto mismo por el que la ética heterónoma y la literatura se cruzan, haciendo resonar las innumerables e irreductibles voces de la alteridad.

Referencias

Walter Benjamin, "La tarea del traductor", en *Angelus Novus*, Barcelona, Edhasa. - Oswald de Andrade, *Escritos antropófagos*, Buenos Aires, Corregidor, 2001. - Carlos Fuentes, *Aura*, México, Era, 2004. - Felisberto Hernández, "Tierras de la memoria", en *Obras completas*, T. 3, México, Siglo XXI, 1999. - Emmanuel Lévinas, *De otro modo que ser*

o más allá de la esencia, Salamanca, Sígueme, 1987. - Juan José Saer, *El entenado*, Buenos Aires, Seix Barral, 2000.

Literatura de la negritud y el esclavismo

Dina V. Picotti C. (Argentina) - *Universidad Nacional de General Sarmiento*

La existencia de una proporción importante de africanos, llegados sobre todo a través de la esclavitud, y de sus descendientes en la población americana, debió reflejarse no solo en los rasgos físicos sino también en los culturales. Uno de los aspectos básicos para encarar una cultura es siempre la lengua, no solo por la existencia de vocablos de determinado origen y composición, sino por el modo de articularse, que indica el espíritu y la articulación misma de aquella, un modo de pensar y de lenguaje. La configuración de estos en América fue coprotagonizada por los diversos pueblos que conviven en el continente, quienes a pesar de marginaciones y destrucciones se influyeron recíprocamente.

La influencia negra en la estructura y el sentido de las lenguas de América Latina. Si bien se ha dicho que el esclavo africano no logró "cimarronear" ciertos aspectos de la vida americana, como la lengua de sus amos, salvo el caso de los dialectos criollos, es innegable su influencia sobre el español y el portugués, y en el Caribe, sobre el francés, el inglés y el holandés, no solo por el aporte de un porcentaje no despreciable de vocablos y modismos, sino también de estructuras más básicas, como la forma de nominar, en general una forma propia de sintaxis, y el sentido mismo de la palabra. De allí que los especialistas se orienten con mayor preferencia hacia ellas que a verificar relaciones más superficiales como la conservación de vocablos. A pesar de que los esclavos, al ser arrancados de sus tierras y comunidades y ser traídos a América en muy joven edad, perdieran en gran parte las lenguas y culturas de sus antepasados, según toda clase de testimonios, entre ellos literarios, mantuvieron su esencia reorganizando creadoramente el material lingüístico al sustituir unos vocablos por otros o reformarlos produciendo imágenes como lo hacían en sus lenguas originarias. Lo que constituye una lengua no es tanto un acervo de vocablos, sino el modo –'*kuntu*'– de utilizarlos, que es una categoría fundamental del pensamiento bantú y, en general, negroafricano. De esta suerte han podido surgir en el mundo afroamericano lenguas mixtas como el créole en Haití –dicciones de origen francés y aun castellano con términos de procedencia fon, lengua de los ewes de Dahomey; en Surinam el taki-taki, síncresis de voces portuguesas, holandesas y británicas, regidas por una sintaxis más propiamente africana, con palabras de esta última procedencia– y el saramacca tongo o deepi-tahki- con expresiones casi exclusivamente africanas, sobre todo de origen fon-; el papiamento –elementos procedentes del holandés, danés, portugués, castellano y francés con otros procedentes de lenguas africanas–, que domina en la isla de Curaçao en el Caribe; en los Estados Unidos de Norteamérica además del créole afrofrancés, diferente del haitiano y que todavía se habla en Louisiana, surgió el gullah en las islas homónimas frente a los estados de Georgia y Carolina del Sur, además de la influencia general que aportaron los africanos sobre el inglés a través de vocablos, alteraciones sintácticas y expresiones. Estas lenguas son mal llamadas dialectos, es decir, variaciones o degeneraciones del castellano, francés, inglés, holandés, portugués, porque su vocabulario procede preferentemente de palabras europeas y en parte africanas. Pero la sintaxis sigue las reglas de la gramática, del pensamiento africanos; y si se considera, como expresa J. Jahn, que la esencia de una lengua no reside en el vocabulario sino en la estructura gramatical, entonces habrá que considerarlas lenguas "neoafricanas" y no indogermánicas recientes. En Brasil la influencia ha sido también notoria, no solo por el número de términos aportados al portugués, sino también por sus efectos sobre la sintaxis y la entonación, así como la nasalización que se observa en la voz brasileña. En Cuba, ya el africanista Fernando Ortiz había señalado la gran influencia de los negros sobre el castellano en el aspecto lexicográfico, sintáctico y fonético. De modo semejante en Perú, Fernando Romero, entre otros especialistas, ha hecho un detallado estudio de las marcas fonéticas, gramaticales y sintácticas en las lenguas africanas de la zona costera, sobre todo las pertenecientes a la zona congo-angoleña, dejando abierta la posibilidad de que se hayan desarrollado además hablas locales, como el créole, constatado por Germán de Granda, en la zona colombiana de San Basilio de Palenque, refugio colonial de negros cimarrones. En el español hablado en el Río de la Plata se ha registrado un porcentaje apreciable de vocablos, expresiones y modos de hablar de origen negroafricano, como ya lo registrara en Uruguay Ildefonso Pereda Valdés, y Néstor Ortiz Oderigo pudo reunir más de quinientas dicciones procedentes de diversas lenguas africanas, sobre todo del poderoso tronco bantú y del congolés, que se incorporaron al castellano de nuestro país y aun de otros países americanos; una serie de expresiones fueron legadas por los africanos al lunfardo o caló porteño de la ciudad de Buenos Aires. Todo ello muestra cómo una considerable presencia del negro en nuestra vida desde su llegada en época colonial ha quedado marcada, y no podía ser menos, en el lenguaje, a través de términos o expresiones que conservan de su procedencia algunas veces todo el sentido originario,

otras, en la mayoría de los casos, un aspecto del mismo, o bien sobre una base originaria recrean su sentido para indicar una realidad en la que el africano convive pero en otro contexto y junto con otros factores, como el caso de las palabras 'tango', 'mucama', 'candombe', etc., y en otras, por fin, pasan a formar parte de la vida cotidiana como modelos referenciales, como la expresión "fulo de rabia".

La influencia negra en la literatura latinoamericana oral. Al afirmar que los africanos conservaron en América la esencia de sus lenguas, y con ellas su modo de pensar, nos referimos sobre todo a la presencia de su sentido de la palabra, que se acercaba más al que las culturas indígenas le otorgaban. Creemos que tal sentido es una de las razones profundas de la incidencia afro en nuestra identidad, así como de su repercusión en el mundo, según lo manifiestan testimonios literarios y artísticos en general. Ella reviste para el africano una importancia y un rol fundamentales, es semen, fuerza vital que activa el curso de las cosas, las transforma y se transforma el hombre al pronunciarla; por ello, toda palabra es de acción, comprometida, ninguna es inofensiva. Un fluir especial es la risa, que en la poesía neoafricana aparece frecuentemente en la figura de un río que rompe cadenas, libera...; fuerza especial, que a menudo permitió al esclavo dominar sus vicisitudes. Así, en este contexto, la literatura oral y escrita resulta en América muy significativa. Donde se entrecruzan las culturas africanas con otras, sobre todo europeas, tanto en África como fuera de ella, se ha distinguido con razón entre una literatura más conservadora, consciente o inconscientemente y de modo más o menos puro de las tradiciones africanas, aunque inclinándose a liberarse de ellas, y una literatura neoafricana que se caracteriza por intentar recuperar explícitamente su herencia, si bien hasta en una misma obra puedan hallarse elementos de una u otra orientación, mezclándose o primando unos sobre otros. La influencia literaria en América es ya profunda en la literatura oral. Si esta es siempre importante por cuanto precede y acompaña a la escrita, guardando la plenitud del fenómeno literario, de su vitalidad, de la concreción de la creación y recreación comunitarias, en el continente ha operado además como salvaguarda y continuidad de la creación popular, en la complejidad y mestizaje de sus varios elementos, ante la pretensión unilateral de estilos o concepciones que se imponen y discriminan según los avatares de nuestra historia. La literatura africana, que trae consigo una vasta y significativa oralidad, inspirándose en sus propias tradiciones se recrea en América ante las nuevas circunstancias que le toca vivir y la historia que debe compartir. Se manifiesta más intensamente en los países en los que la población de origen afro es mayor, aunque esta apreciación sea relativa por cuanto procede a menudo del desconocimiento o la discriminación. En países como Argentina, donde a menudo se cree que la menor cantidad que llegó de negros además desapareció, también se observan densas resonancias, como en el folclor rioplatense, que se traducen en una rica imaginación, fulgurantes imágenes y metáforas y otros caracteres típicos africanos. Éstos pueden observarse en los relatos; en el arte payadoresco, nutrido en el canto de contrapunto, de larga tradición africana, que tuvo como protagonista fundamental al africano o sus descendientes y se manifiesta no solo vocalmente, sino también en diálogos musicales como los duelos de instrumentos, las llamadas afrouruguayas, las contiendas danzantes; y en los pregones, que de modo pintoresco y expresivo acompañaron casi todos los aspectos de la vida, constituyendo un testimonio tan inadvertido como elocuente.

La influencia negra en la literatura latinoamericana escrita. Con respecto a la literatura escrita, la distinción de cuatro especies que el poeta y crítico E. K. Brathwaite hizo en el Caribe podría extenderse a toda América Latina: una literatura retórica, que invoca la presencia africana sin activarla realmente, si bien su preocupación conduciría a una africanización posterior del estilo; una literatura de supervivencia africana, que la considera explícitamente pero sin intentar una interpretación o reconexión con su tradición; una literatura de expresión africana, que asume el material popular en la misma forma, adoptando la fuerza y la progresión de las imágenes, la importancia de la palabra-conjuro, la presencia de tonos y ritmos a veces esenciales en la expresión, la improvisación rítmica y temática tan cara a la tradición africana, como en algunos poemas de N. Guillén, A. Césaire, L. Damas, J. Ali o el propio Brathwaite, en los cánticos y coros y en las tonadas de trabajo, transformando a veces la forma-sentido de la palabra; por último, una literatura de reconexión, que intentaría relacionarse con la cultura madre africana, reconociendo su presencia viva, creativa, en la sociedad, como parte de ella. En torno a los años treinta se produjo en Cuba el fenómeno de la poesía negra, asumiendo voces, ritmos, temas y recursos en general negros y mulatos de lenguaje; se extendió pronto a las Antillas y a toda América, difundiendo el modo y la valoración del componente afro que ya formaba parte de nuestro acervo común, reconocido o no, cual síntesis de un largo proceso, de modo que trascendió aun en regiones donde la presencia africana parece menor. Las matrices de este movimiento fueron los cantos religiosos y de cabildo, ligados a la percusión de instrumentos, a los cuales se agregaron los cantos de comparsa y para

matar culebras, con dominio de ritmos y voces como pretexto para el ritmo del baile. Los poetas afrocubanos los elevaron a una dimensión poética original y única, destacándose entre ellos el mulato N. Guillén, quien cifró al negro, al mulato y aun al blanco a través de una amplia temática, apoyada en los ritmos del son, una de las formas más fuertes y decisivas de la música afrocubana, en un español de estilo popular, arrasando con la moda literaria: "traemos nuestro rasgo al perfil definitivo de América...", dice del negro, y nombra su risa, habla, ritmos, los dos abuelos de su sangre mestiza a los que obliga a abrazarse; a la vez que satiriza al blanco inconsciente y político corrupto y al falso negro que se avergüenza de sí, asume conciencia social y caracteres de rebeldía relatando la verdadera historia. Este movimiento poético fue el más fuerte conocido en lengua castellana: se extendió rápidamente abarcando representantes como P. Matos en Puerto Rico, cuyo ritmo nacional, la plena, es de la familia del son; a S. Trinidade en Brasil; a los uruguayos V. Brindis de Salas e I. Pereda Valdés; al ecuatoriano A. Ortiz; a los guayanos L. Damas, Carew y Carter; y a jamaiquinos y antillanos de lengua inglesa. El peruano N. Santa Cruz en sus "Décimas" se vale también del mismo procedimiento de utilizar palabras y ritmos africanos; y A. Césaire desarrolló el concepto de negritud rebelde, a la vez que se dio a sí mismo una utópica línea de regreso al África. Ese movimiento sigue existiendo, a causa de sus valores intrínsecos, como corriente viva en la poética latinoamericana. A estas cuatro especies sin duda alguna cabe agregar las muy frecuentes menciones del negro, su vida e influencia, que hace la literatura latinoamericana en general como coprotagonista inevitable de nuestra historia común, en autores como J. M. Arguedas, M. A. Asturias, A. Bryce Echeñique, G. García Márquez, C. Fuentes, R. Güiraldes, R. Palma, M. Vargas Llosa, R. Gallegos, M. Benedetti, entre otros.

El canto africano en América. Por fin, cabe hacer una mención especial, aunque ya se hablara de ello, a la gran presencia del canto africano en América. Íntimamente unido a la música y a la danza, se ha impuesto en el mundo por el timbre singular y la gran expresividad de su voz, y por su calidad poética. A menudo surgido del dolor de la esclavitud y la marginación, supo ser, por las mencionadas cualidades, superador de las miserias de una racionalidad instrumental, acompañando la inserción del negro en todos los aspectos de la vida: el arrullo de las nodrizas que amantan al niño blanco y lo acercan paulatinamente a ver al negro como un familiar, a veces como una segunda madre; los pregones de los vendedores ambulantes y prestadores de servicios infundiendo un tono sabroso y humano a la vida diaria; el canto del payador, testimonio innegable de nuestra historia profunda; los cantos de trabajo dando un sentido desde su propia identidad y permitiéndole resistir; los cantos religiosos transmitiendo los esencial de su imaginario; su participación en el folclor, en la medida en que ingresa en la vida popular, imprimiendo un sello propio como cantor, músico, danzarín; la influencia, en fin, de su ritmo y canto que se sigue manifestando contemporáneamente de muy diversas formas, como en el jazz, el tango, el rock y el rap actuales, de tal modo que no es posible comprender sin ella el fenómeno musical.

Referencias

J. Jahn, *Muntu, las culturas de la negritud*, Guadarrama, Madrid, 1970. - F. Ortiz, *Glosario de afronegrismos*, La Habana, 1924. - F. Romero, *El negro en el Perú y su trasculturación lingüística*, M. Batres, Lima, 1987. - G. de Granda, *El español en tres mundos-retenciones y contactos lingüísticos en América Latina y África*, Universidad de Valladolid, 1991. - N. Ortiz Oderigo, *Diccionario de africanismos en el castellano*, Buenos Aires, 1992, inédito. - E. Kamau Brathwaite, "Presencia africana en la literatura en el Caribe", en M. Moreno Fraginals (comp.), *África en América Latina*, Siglo XXI/ Unesco, México 1977. – J. P. Tardieu, *Del diablo mandinga al muntu mesiánico*, Pliegos, Madrid, 2001. - I. Aretz, "Música y danza en América Latina", en M. Moreno Fraginals (comp.), óp. cit. - N. Ortiz Oderigo, *Aspectos de la cultura africana en el Río de la Plata*, Plus Ultra, Buenos Aires, 1974. - I. Pereda Valdés, *El negro en el Uruguay, pasado y presente*, Montevideo, 1965.

Diversidad cultural y biopolíticas

Augusto Pérez Lindo (Argentina) -
Universidad de Buenos Aires

Políticas culturales y biopolíticas. En el artículo 1 de la *Declaración Universal de la Unesco sobre la Diversidad Cultural* (noviembre de 2001) se afirma que "*la diversidad cultural es, para el género humano, tan necesaria como la diversidad biológica para los organismos vivos*". Resulta entonces pertinente vincular las políticas culturales con las biopolíticas. La comunidad internacional ha llegado a un consenso en cuanto a que los derechos humanos son los garantes de la diversidad cultural (artículo 4 de la citada Declaración). Siguiendo la lógica de estos principios podemos deducir que no se trata simplemente de regular la convivencia social, sino también de promover una vida digna para todos los seres humanos. En los debates de las Naciones Unidas los representantes estadounidenses suelen encabezar la posición de aquellos que conciben como normativas universales la defensa de los derechos humanos individuales, en tanto que reconocen solo como recomendaciones las convenciones sobre derechos colectivos (sociales, económicos, culturales, ecológicos). Ahora bien, la mayoría de los representantes de las naciones en

cambio han procurado establecer principios tendientes a crear un orden mundial satisfactorio para la humanidad. En este sentido, parece adecuado utilizar el concepto de *biopolíticas* para referirse a los intentos para crear las condiciones de una "vida digna" en todas las sociedades.

Asegurar una vida digna. Teniendo en cuenta las interacciones sistémicas que existen entre las distintas dimensiones de la vida social, todas ellas pueden tener una incidencia en el bienestar colectivo e individual. Las convenciones internacionales subrayan explícitamente el carácter "indisoluble" de los derechos individuales y sociales. Resultaría entonces coherente reconocer que las políticas públicas tienen como finalidad intrínseca el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de las comunidades. Por tanto, no basta con la ausencia de violaciones de los derechos individuales y políticos, sino que es preciso que los gobiernos aseguren una vida digna a los individuos. Esto implicaría redefinir las políticas públicas como *biopolíticas*. Si pretendemos analizar las vinculaciones entre la diversidad cultural, los derechos humanos y las biopolíticas nos encontraremos con una serie de consecuencias que no siempre son explicitadas. Por ejemplo, existe presunción de violación de los derechos humanos cuando hay desapariciones masivas de personas en un país determinado, pero en cambio no se aplica el mismo criterio cuando hay millones de individuos que padecen hambre o exclusión social. A su vez, la identidad cultural puede ser reivindicada en un sentido afirmativo por una comunidad pero puede legitimar el derecho a la eliminación de los "diferentes".

Humanismo y naturalismo. Desde una perspectiva crítica Michel Foucault utilizó el concepto de *biopolíticas* para designar todo régimen de disciplinamiento social, todo intento por integrar a los individuos en un sistema social. Esta tesis de inspiración libertaria puede resultar problemática cuando el propósito de un sistema, como en el caso de la globalización neoliberal, ya no es la integración social sino el buen funcionamiento del mercado mundial. El *libertarianismo* de Milton Friedman también suscribe desde la óptica ultra liberal el rechazo a toda política social. El concepto de biopolítica también aparece en los movimientos ecologistas y ambientalistas con otras significaciones. Los ecologistas plantean la necesidad de definir políticas que protejan a la humanidad contra la destrucción del medio ambiente. El "núcleo duro" de la tesis ecologista defiende la idea de una biopolítica orientada a la defensa de la Naturaleza agredida por las innovaciones tecnológicas e industriales. En este caso el "sujeto" deja de ser el ser humano y pasa a ser el planeta (que algunos conciben como un ser viviente, como una totalidad en sí que denominan *Gea*). Esta concepción reconoce el nexo entre *diversidad cultural* y *diversidad biológica* pero como una necesidad orgánica. Tenemos en este caso un paradigma "naturalista" que se opone al "humanismo" de los tiempos modernos.

Bioética. Con el nacimiento de las *biotecnologías* también aparece el nuevo campo de la *bioética*, que se preocupa por comprender y delimitar los alcances de las intervenciones técnicas sobre el cuerpo de los individuos. El espectacular avance de las biotecnologías no solo en las intervenciones médicas y agropecuarias, sino en la capacidad para descifrar y reproducir la vida obliga a reconocer que estamos en los umbrales de una civilización que puede convertir la producción de la vida en un hecho cultural y económico. Al respecto, la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (Unesco, 2005) pretende fijar orientaciones y ratificar los nexos entre los principios de la dignidad humana, la actividad científica y las políticas sociales. Parece evidente que ante la emergencia de la *biotecnópolis* aparece la necesidad de pensar en *biopolíticas*, como lo reconoce el gobierno británico al crear un gabinete interministerial destinado a tomar resoluciones sobre el particular. Esta iniciativa, sin embargo, tuvo como propósito asegurar a Gran Bretaña el liderazgo en la regulación y en el desarrollo de las biotecnologías.

Multiculturalismo y pluralismo. La comunidad internacional ha venido registrando estos cambios a través de congresos, estudios científicos y manifestaciones públicas de todo tipo. Estas preocupaciones convergentes dieron lugar a una serie de declaraciones, convenciones y protocolos internacionales que podemos considerar como el marco actual de las biopolíticas mundiales. Entre estos documentos podemos destacar la *Convención sobre Cambio Climático* (1992), la *Convención sobre Diversidad Biológica* (1992), el *Protocolo de Kyoto* (1997), la *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos* (1997) y la reciente *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005). La Declaración de la Unesco sobre diversidad cultural afirma en su artículo 1.º que la misma se corresponde con la idea de la diversidad biológica. Desde este punto de vista, los fenómenos de uniformización cultural, que se manifiestan en la desaparición de lenguas o de identidades culturales, tienen un significado equivalente a la desaparición de millones de hectáreas de bosques, de especies animales y vegetales cada año. ¿Quiere decir que se ubica de este modo en el discurso naturalista? De ninguna manera, pues las distintas declaraciones de Naciones Unidas reafirman permanentemente el nexo con los Derechos Humanos. ¿Qué es lo que

especifica el carácter “humano” de la diversidad cultural? Aquí nos parece pertinente reconocer, como lo hace Giovanni Sartori, la importancia del concepto de *pluralismo* en las democracias actuales. La diversidad cultural según este autor se encuentra garantizada en una sociedad pluralista porque supone el respeto del otro en un marco de intereses comunes. En cambio, el *multiculturalismo* podría derivar en la intolerancia o el antagonismo, si no se acepta el pluralismo. Cabe recordar que en la historia de la humanidad siempre han existido tensiones entre la singularización y la universalización de los grupos humanos. La hominización y la historización están atravesadas por tendencias a la diferenciación y a la integración de los grupos humanos. Las civilizaciones, las sociedades modernas, la comunidad mundial son productos de estos movimientos a veces convergentes a veces contradictorios. El conflicto entre individuo y sociedad, o entre el Estado y las diversidades culturales ha sido constante. Podemos observar, por ejemplo, que el proceso de individuación que surge con la sociedad burguesa moderna y que se extiende hasta nuestros días tuvo su contraparte en los regímenes autoritarios, el fascismo, el comunismo o en las tendencias uniformizadoras del capitalismo. Los Estados-naciones modernos buscaron desterrar los particularismos y las culturas locales, con sus lenguas y costumbres, en nombre de la igualdad de derechos ciudadanos.

Ciudadanía, identidad nacional y cultural. Las biopolíticas genocidas practicadas por el nazismo en Europa, en particular el holocausto del pueblo judío, dieron lugar a la búsqueda de nuevos principios de convivencia que se plasmaron en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948. Pero el exterminio de pueblos y culturas en distintos continentes es un fenómeno que se prolonga desde antes de las guerras europeas y en contextos políticos diferentes: dominaciones coloniales, esclavitud y apartheid africano, exterminio de los aborígenes en América, genocidio armenio, colectivización soviética, imperialismo norteamericano, etc. Luego de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) las luchas anticoloniales y los movimientos de liberación dieron lugar a nuevas *identidades nacionales* y al resurgimiento de las *identidades culturales ancestrales.* La trágica experiencia de África a partir de 1960 muestra que la confusión entre *ciudadanía* e *identidad cultural* puede conducir a guerras civiles, etnocidios y genocidios. Los cambios que se producen en las últimas décadas complican el análisis pues los procesos de revalorización de las identidades y la construcción de biopolíticas obligan a repensar los esquemas con que han venido interpretándose las relaciones sociales. Europa ha asistido entre 1970 y 2000 al renacimiento de las identidades regionales y étnicas con manifestaciones de terrorismo (Irlanda del Norte, País Vasco, Chechenia, Córcega, etc.) y desmembramientos nacionales (Yugoeslavia, Checoslovaquia, Unión Soviética, etc.). En varios de estos procesos la reivindicación de la identidad ancestral se presenta como un “caso de vida o muerte” legitimando de este modo el exterminio del *otro*. En los casos incruentos las discriminaciones administrativas a partir de las políticas lingüísticas sirven a los efectos de producir la depuración étnica buscada. En todos los continentes sin excepción pueden observarse conflictos étnicos de distinta intensidad. En América del Sur las comunidades aborígenes llevan más de 500 años reivindicando sus derechos fundamentales. Los procesos de miscigenación con los conquistadores e inmigrantes dieron lugar a sociedades multiculturales. Se puede hablar de *culturas híbridas* o de *sociedades multiculturales*. Sin embargo, sobreviven muchas comunidades aborígenes que reivindican el reconocimiento de sus derechos ancestrales y de su identidad cultural para acceder a una vida digna. Esto muestra que la multiculturalidad puede coexistir con la discriminación, con biopolíticas selectivas que no admiten el pluralismo, sino que ocultan la hegemonía política en nombre de principios generales. Es lo que Marx designaba como *ideología*.

Discriminaciones. En Bolivia, Perú, Ecuador, México, Guatemala y otros países, las discriminaciones étnicas tienen serias consecuencias sociales y políticas. Los discursos políticos no han podido asumir que la cuestión del reconocimiento de las diversidades culturales converge con la lucha por los derechos sociales y tiende a redefinir la naturaleza de los conflictos tradicionales. Los pueblos aborígenes comprenden que detrás de las acciones políticas se juegan, para ellos, biopolíticas para asegurar la supervivencia y el bienestar. Desde el punto de vista ético-político las convenciones de las Naciones Unidas sobre derechos culturales y de la Unesco sobre las diversidades culturales resumen los nuevos consensos internacionales. Las declaraciones sobre derechos humanos y sociales a partir de 1948 se habían inscripto dentro del principio de *igualdad ante la ley* que los Estados debían custodiar. Se prolongaba de este modo el paradigma del igualitarismo racionalista surgido en la Revolución Francesa. A partir de las declaraciones sobre los derechos a la autodeterminación de los pueblos, los derechos culturales y sobre las discriminaciones contra la mujer, se incorpora un nuevo paradigma ligado al derecho a las diferencias.

El desarrollo de los Derechos Humanos. Se habla de varias *generaciones* de Derechos Humanos a partir de 1948. Al analizar desde más atrás su proceso

histórico, podemos distinguir por lo menos tres grandes transformaciones. En una primera etapa, las revoluciones liberales (Gran Bretaña, Estados Unidos, Francia), que lucharon contra el orden feudal, pusieron el acento en los derechos individuales, la propiedad y el Estado de Derecho que acompañaron el surgimiento del capitalismo, la revolución industrial y el Estado-nación. En una segunda etapa, las revoluciones y reformas socialistas del siglo XX (Rusia, China, Cuba, Suecia y otros) pasaron de la igualdad jurídica a la búsqueda de la igualdad social. El ciudadano tiende a ser desplazado como sujeto por el trabajador. La ciudadanía no depende en este paradigma de la propiedad o de los atributos singulares sino de la universalización de los derechos sociales. Las discriminaciones contra la mujer parecían resolverse con la aplicación del principio "a igual trabajo, igual salario". En una tercera etapa, tanto la lucha de los pueblos colonizados como la de las mujeres por su emancipación pusieron de manifiesto la necesidad de considerar las *diferencias*. Los negros eran discriminados por su color, las mujeres, por el género, los aborígenes, por su identidad cultural. Durante las últimas décadas esto obligó a explicitar las situaciones particulares, a establecer convenciones para valorizar las identidades culturales y para condenar toda forma de discriminación por el género, el color, la posición social o las creencias de los individuos. La evolución del Código Internacional sobre Derechos Humanos a partir de 1948 recoge los consensos éticos y las luchas de las distintas etapas de la historia. Podemos considerar que en el contexto de *los derechos a la igualdad a partir de las diferencias* se patentiza algo que va más allá de los derechos políticos y sociales: la *afirmación de las identidades* y la búsqueda de *igualdad de oportunidades en la calidad de vida*. Los derechos de la mujer en el uso de su propio cuerpo, los derechos ambientales o los derechos de los niños se inscriben en este paradigma.

El respeto a la diversidad cultural y a la igualdad en dignidad. Puede afirmarse que hemos llegado a un punto en que el consenso ético internacional sobre el respeto a las diversidades culturales es muy amplio, lo cual permite establecer biopolíticas que no solo tomen en cuenta la creatividad de los pueblos sino también sus condiciones de vida. Esto no resulta trivial si tenemos en cuenta que en América del Sur (desde el Río Grande hasta Tierra del Fuego) muchos individuos y grupos sociales sufren la segregación, la exclusión, el desempleo o el hambre. Se trata de la región donde se registran las mayores disparidades en la distribución de los ingresos. De modo que en este contexto las biopolíticas deben procurar al mismo tiempo integrar en la igualdad de oportunidades para vivir dignamente y respetar las diversidades culturales. La integración social en un plano de igualdad sería parte de una verdadera biopolítica coherente con los tratados internacionales sobre Derechos Humanos que todas las naciones se han comprometido a respetar. Derechos Humanos, diversidad cultural y vida digna son aspectos indisolubles, como lo resaltan las declaraciones internacionales. La diversidad cultural, como la diversidad biológica, constituye un patrimonio de la humanidad pero esto no quiere decir que su dinámica se presente sin conflictos y sin contradicciones. Aun contando con el consenso de las partes, no siempre resulta fácil armonizar los contextos y los legítimos intereses en juego. Es aquí donde cobra importancia el respeto del pluralismo y el concepto de la igualdad en dignidad de todos los seres humanos. Las políticas culturales y las biopolíticas ponen en escena la complejidad del devenir humano. El éxito de una sociedad multicultural e igualitaria depende en última instancia de cómo los individuos asumen al otro. Además del consenso y de los mecanismos jurídicos de implementación se requiere un proceso de educación permanente para que los actores aprendan a compartir un destino común valorizando la diversidad y las diferencias.

Referencias

R. Bayardo, M. Lacarrieu (comps.), *Globalización e identidad cultural*, Buenos Aires, Ediciones Ciccus, 1998. - L. Ferry, *El nuevo orden ecológico. El árbol, el animal y el hombre*, Barcelona, Tusquets, 1994. - D. Goldberg (editor), *Multiculturalism. A Critical Reader*, Oxford, Blackwell, 1997. - E. Morín, A. B. Kern, *Tierra Patria*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1993. - M. L. Pfeiffer (editora), *Bioética, ¿estrategia de dominación para América Latina*?, Buenos Aires, Ediciones Suárez, 2004. - J. Rifkin, *El siglo de la biotecnología*, Barcelona, Crítica, 1999. - G. Sartori, *La sociedad multiétnica. Pluralismo, multiculturalismo y extranjeros*, Madrid, Taurus, 2001. - Ch. Taylor, J. Habermas, K. Appiah y otros. *Multiculturalism. Examining the Politics of Recognition*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 1994. - T. Todorov, *Nosotros y los otros*, México, Siglo XXI, 1991.

Bienestar

1. Dolor y sufrimiento

El término *bienestar* es utilizado en asociación con la expresión "nivel de vida adecuado" en diversos instrumentos del derecho internacional, al menos desde la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). En el primer párrafo del artículo 25 de la misma, al establecer el derecho a un nivel de vida adecuado, se incluye a la salud como uno de los factores que determinan ese nivel de vida, junto con el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Los derechos protegidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), incluido el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, han sido denominados *derechos al bienestar*. En esta perspectiva, bienestar es sinónimo de *calidad de vida*. En bioética, sin embargo, el término calidad de vida ha sido introducido como oposición a la ética tradicional de la "santidad de la vida". Así, se consideran cuestiones de calidad de vida la suspensión o retiro de tratamientos de sostén vital en pacientes con gran sufrimiento y beneficios marginales en la atención; las decisiones de interrupción de embarazo en malformaciones severas, como anencefalia y trisomía cromosómica del par 18; la ligadura electiva de trompas como método anticonceptivo, y hasta las demandas de suicidio médicamente asistido y eutanasia. En todos estos casos de ética clínica el concepto de calidad de vida remplaza al de bienestar y se aplica a individuos particulares en los cuales a veces se destaca la capacidad de pensar, de elegir o de sostener relaciones interpersonales. Otras veces se habla de calidad de vida como un conjunto de cualidades que hacen valiosa a la vida. Pero el término calidad de vida se ha utilizado también en el campo sanitario para la elaboración de instrumentos de medida, como los Años de Vida Ajustados por Calidad (Quality Adjusted Life Years, QALY). En este sentido se ha utilizado asimismo la palabra *bienestar* como sinónimo de calidad de vida, en la escala de medición de Calidad de Bienestar (Quality of Well Being, QWB), que considera veinticuatro estados funcionales o de salud entre la salud perfecta y la muerte. Frente a estos usos terminológicos, cabe analizar críticamente los contenidos del término bienestar para la práctica bioética en América Latina.

Crítica del concepto calidad de vida. Pese a las proximidades antes señaladas, el concepto de *bienestar* tiene menos connotaciones negativas que el de *calidad de vida*, aunque se lo cuestione por utópico. Por eso en América Latina resulta necesario hacer una fuerte crítica al término calidad de vida, en tanto que el mismo resulta muchas veces cargado de un significado moralmente equívoco por los profesionales de la salud, la medicina y el complejo mundo de intereses ligados a la misma. Y es que estos intereses se encuentran enfrentados a menudo con las necesidades y valores de la comunidad y sus individuos. En una región donde la mayoría de la población ha padecido y padece hambre, enfermedades y pobreza, la noción de bienestar destaca como propuesta de alcanzar aquello de lo que se carece para un nivel de vida y salud adecuados. El término calidad de vida, tal como ha sido usado en bioética, al estar dirigido como contrario u opuesto a santidad de vida, resulta muchas veces artificioso en la consideración de individuos cuya calidad de vida es mala por definición. La significación social del término calidad de vida entra en estos casos en conflicto con el significado clínico y aun con el significado sanitario. América Latina es la región con mayores inequidades en el mundo y millones de personas viven en la pobreza, la indigencia y la exclusión social, mientras en modo creciente la riqueza se concentra cada día más en un pequeño porcentaje de personas. Si la ética se mide por sus fines, entonces la finalidad primaria de quienes trabajan en bioética no puede ser otra que procurar el progreso moral que significa la justicia social. Por ello es necesario establecer un marco normativo y programático regional que asegure el acceso universal de la población a los medios que las ciencias de la vida y la salud han probado como eficaces para procurar su bienestar. El alivio del dolor y el sufrimiento humano es el punto de partida primario desde el cual una bioética de la calidad de vida y una bioética orientada al bienestar pueden ser concurrentes. Y si ese alivio debe hacerse eliminando las barreras existentes para alcanzar ese logro, debe también atenderse muy especialmente a las necesidades diferenciales de aquellas personas más vulnerables que otras por una situación de inequidad que lleva a que unos ciudadanos latinoamericanos deban padecer más dolor y sufrimiento que otros.

Dolor y bienestar. Un ejemplo que ilustra en modo paradigmático los aspectos éticos básicos ligados

al concepto de bienestar en la bioética regional es el del tratamiento del dolor severo avanzado (v. *Bienestar, dolor y sufrimiento*). En el estado actual de los conocimientos y recursos materiales para la atención y el cuidado de la salud, una sociedad que no responda de manera adecuada a esta problemática es una sociedad injusta ética y jurídicamente hablando porque viola el derecho básico a la salud y el bienestar. La evidencia disponible indica que la mayoría de las personas que sufren de dolor severo avanzado en América Latina no tienen garantizado el acceso a medicamentos esenciales (ej. opioides) para su tratamiento. Esto sucede en modo más acusado, aunque no exclusivo, con los pacientes de tratamiento ambulatorio o domiciliario. Sin embargo, el compromiso y la obligación del médico para el alivio del dolor y el sufrimiento forman parte de la historia entera de su profesión. La *Declaración de Venecia sobre Enfermedad Terminal* (1983) de la Asociación Médica Mundial indica: "*El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes*". No solo las normas de ética profesional y las normas religiosas obligan a los profesionales de la salud al tratamiento del dolor y el sufrimiento, sino que también lo hacen las normas políticas. La Organización Mundial de la Salud ha establecido sus recomendaciones específicas en la materia. Puede afirmarse, atentos a una trama normativa interpretada en armonía de unas normas con otras, que en América Latina los Estados tienen la obligación de proveer los medios necesarios para garantizar el acceso universal al tratamiento del dolor severo avanzado. Ello es así según se desprende del artículo 5 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (ONU, 1948), donde se señala que nadie será sometido a tratos inhumanos o degradantes, y del artículo 25 que asegura el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure salud y bienestar; así como de la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (OEA, 1948), en su artículo XI, que establece el derecho de toda persona a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales; la *Convención Americana de Derechos Humanos* o Pacto de San José de Costa Rica (OEA,1969), que en su artículo 5 establece el derecho a la integridad física, psíquica y moral; el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU, 1966), que en su artículo 12 afirma el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (ONU, 1966), que en su artículo 7 asegura que nadie será sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Asimismo, con referencia a los niños, la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU, 1989) sostiene en su artículo 24 que los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

La comprensión del profundo significado moral que el dolor y el sufrimiento humano expresan no puede dejar de ser parte de una bioética regional (v. *Antropología del dolor*). El cuidado de quienes lo padecen (v. *Cuidados ante el dolor y el sufrimiento*) y la obligación de garantizar el acceso a los debidos tratamientos del dolor severo (v. *Acceso al tratamiento del dolor severo*) forman parte de un capítulo poco frecuentado por la bioética tradicional. Una explicación de ello quizá se encuentre en que los países ricos, productores del pensamiento bioético tradicional, han podido alcanzar niveles de bienestar mayores que el de los países pobres. En América Latina, sin embargo, una ética del vivir ha de comenzar reflexionando sobre el dolor y el sufrimiento humano, para poder sumar su práctica al esfuerzo colectivo por mitigarlos.

[J. C. T.]

Bienestar, dolor y sufrimiento

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

Bienestar, política y ética. La ética filosófica debate si acaso entre bienestar y sufrimiento existe una simetría moral que permita comparar y compensar cuantías de sufrimiento eliminado con bienestar obtenido. El concepto de *bienestar* tiende a abstraerse de los individuos y ser relacionado con visiones políticas liberales, con autonomía de los ciudadanos y con sociedades generosas en la igualdad de oportunidades que dicen ofrecer. El *sufrimiento*, en cambio, se vincula a circunstancias individuales infortunadas y a la falta de empoderamiento para modificarlas. En la medida que puede ser paliado, el sufrimiento vive expectante de una mano solidaria, social o estatal, que apoye al desmedrado; en ocasiones, el padecimiento es agravado por la desesperanza y por la imposibilidad de aliviarlo. La dimensión social del sufrimiento se refiere a poblaciones sumidas en la miseria, en la marginación, convocando a la conmiseración, al testimonio, a la proclamación, a la ayuda puntual, pero las respuestas sociales y políticas correctivas son lentísimas y pueden no llegar a menos que haya intercesión violenta. En consecuencia, la idea de bienestar es la almendra del pensamiento neoliberal, en tanto el malestar

convoca al llamado por políticas sociales protectoras. Hay por tanto una marcada diferencia moral entre el bienestar que cada uno puede labrarse si cuenta con cobertura de sus necesidades básicas y respeto de sus derechos esenciales, en comparación con la indefensión del padeciente que no puede salir de su círculo de malestar sin ayuda externa otorgada en forma de un Estado de protección social. Según un principio de prioridad, es un deber moral más vinculante reducir sufrimiento que fomentar bienestar (Mayerfeld, 1999). El término bienestar es con certeza uno de los más ubicuos en discursos políticos, sociales y éticos, donde se inserta sin precisión semántica, quedando aprisionado en significaciones muy variadas, aun contradictorias, ninguna de las cuales logra destacar como más válida. Antes de su reclutamiento político, la acepción más cotidiana e inmediata ha entendido el bienestar como una vivencia subjetiva de satisfacción, cobijo, eventualmente goce, un estado difícil de imaginar si se acepta que la existencia humana es un proyecto en ciernes, nunca acabado y por ende imposibilitado de reposar en la plenitud. El bienestar así entendido será una experiencia temporal pero no un estado estable, y en ese sentido puede constituir un episodio pero no el vector de un proyecto de vida. Desde la ética tiene importancia esta distinción, porque la búsqueda del placer o bienestar requiere ser especificada para permitir su valoración moral y cuidar que no sea un proyecto que lesione a los demás o atente contra el bien común. Sobre todo en épocas empeñadas en demoler convicciones, creencias y doctrinas, el bienestar fácilmente toma ribetes egoístas y epidérmicos, generando una variante de hedonismo que no repara en riesgos ni en costos sociales en pos de satisfacciones personales. La política tuvo la osadía de referirse a un Estado de bienestar como aquel en el cual todos los avatares sociales de la existencia humana quedaban solventados por el soberano, lo cual fue una efímera realidad que las estrecheces fiscales hicieron desvanecer en utopía. La noción de bienestar social requiere agregar al elemento político uno de orden moral que vele por la justicia distributiva de bienes básicos en un mundo cuya globalización enfrenta la extensa y creciente miseria de gran parte de la humanidad.

Controversias semánticas y prescriptivas en torno al dolor y el sufrimiento. El bienestar ha logrado enquistarse en la más universal de las definiciones de salud, a costa de convertir el concepto de la OMS en un enunciado político vaciado de energía propositiva y de todo contenido sanitario. Además de difuminada, la definición mezcla el bienestar subjetivo (psíquico), el corpóreo objetivable (orgánico) y el socialmente comparativo (bienestar social), creando una confusión conceptual que le resta toda posible capacidad operacional y legitimidad ética para contribuir a un mejor estado sanitario en las poblaciones. Para la ética, la propuesta de bienestar es igualmente ambigua e inalcanzable, habiendo sido remplazada por el concepto de beneficencia, que a su vez ocupa el lugar de la arcaica idea de la benevolencia. Al integrar la tétrada principialista de Georgetown, la *beneficencia* como principio depende de que lo benéfico sea validado por el afectado (paciente) y no en forma paternalista por el agente (terapeuta), un giro de evaluación insuficientemente logrado. La primacía de la beneficencia en actos médicos (Pellegrino, 1979) ha sido criticada por ser una ética de máximo cuya prosecución ha de ser precedida por la justicia y la no maleficencia (Gracia, 1995), y porque postergar el principio de beneficencia como un deber imperfecto permite dar prioridad a la autonomía y la no-maleficencia (Veatch, 1995). Una controversia muy actual discute acaso los probandos de investigaciones con seres humanos que deben recibir beneficios durante y después de finalizado el estudio, o si la ética de la investigación puede contravenir la Declaración de Helsinki, que exige prioridad para el bienestar por sobre intereses científicos o societales. La tendencia de bioeticistas del Primer Mundo es favorable a que la ciencia es responsable del progreso y del bien social, no de beneficiar a los probandos (Rohdes, 2005). Con el traslado de gran parte de la investigación biomédica al Tercer Mundo, queda en evidencia el desamparo en que quedan los probandos reclutados en países de desarrollo precario, sometidos a una ética de investigación que cuestiona y desconoce la Declaración de Helsinki. El giro del lenguaje ético al discurso bioético deja más en claro aún los desentendimientos que produciría una prescripción moral en pos del escurridizo bienestar. Es por ello razonable que la bioética haya tornado la mirada hacia el polo opuesto, aquel que se opone al bienestar, donde es fácil concordar que, cualquiera sea la idea de bienestar que se privilegie, hay circunstancias que primero deben ser eliminadas o paliadas, entre las cuales está, en lugar descollante, el malestar provocado por dolor y sufrimiento. Los aspectos negativos de la vida, entre los que dolor y padecimiento son los más relevantes, entran en colisión irreducible con visiones metafísicas y trascendentes que le dan un sentido a la vida e intentan dar cuenta de lo doloroso. Dolor y sufrimiento han sido pensados como componentes del *mal en el mundo*. De la teología nace la teodicea como el intento de explicar cómo una naturaleza creada en armonía con los designios de Dios y la bondadosa perfección de la divinidad, pudieron dar cabida al mal en el mundo. El ser humano tiende al *bien* pero sufre el *mal*, lo cual indica que la creación, incluida la libertad del ser humano, aun siendo la mejor posible no puede ser

perfecta (Leibniz). Desde el momento en que el hombre es creado libre, necesariamente ha de tener la potestad de hacer el mal. Para una modernidad secularizada, una ética racional y una bioética abocada menos a las explicaciones que a las soluciones, el lenguaje de una teodicea ha perdido fuerza. Sin embargo, como siempre suele haber intentos por dar sentido al dolor y al sufrimiento, es preciso recordar el fracaso de las teodiceas y el encargo ético fundamental de no causar dolor, de paliarlo en forma infatigable y de no tolerarlo so pretexto de que tiene algún sentido. No se trata de discurrir sobre el mal, sino de asumir el mandato bioético de aliviar el sino de los dolientes y los sufrientes. Las sociedades latinoamericanas, emergiendo desde un autóctono culto de los dioses a una religiosidad monoteísta de fuerte orientación trascendente, han tendido la mirada hacia lontananza y olvidado de enfocar la vida cotidiana. Ello produce un retraso en la actitud pública frente al dolor y al sufrimiento.

Medicina y bioética ante el dolor y el sufrimiento. Dolor y sufrimiento son componentes probables de toda existencia humana y no es posible plantear un derecho a no padecer. Lo que puede ser reclamado es que todo ser humano se abstenga de causar dolor a los demás, así como explorar acaso y en qué medida es un deber paliar los malestares de los demás. Para ello es imperativo distinguir dolor y sufrimiento como vivencias de categoría muy diferente. El *dolor* es orgánico, lo que duele es el cuerpo, aun cuando se revista de una fuerte modulación psíquica y cultural. El dolor no tiene más sentido ni función de la que quiera dársele, siendo un paternalismo autoritario inaceptable intentar convencer al doliente de que su dolor tiene alguna razón de ser. El terapeuta no puede justificar éticamente el dolor, como un modo de acercamiento a Dios al decir de Pascal y de Lewis (Lewis, 1990). El médico no puede aceptar el dolor, ha de declararlo su enemigo y combatirlo por todos los medios. Es contrario a los preceptos bioéticos negar analgésicos potentes pero necesarios, por el temor de que el paciente se vuelva adicto, y es preocupante que casi la mitad de pacientes que sufren dolores no reciben analgesia suficiente. Compete a la medicina eliminar o paliar dolores, y es prerrogativa del paciente requerir con prioridad la analgesia por sobre toda otra consideración. Una prescripción ética fundamental es que el ser humano bajo ningún motivo ha de infligir dolor a su prójimo, pues no hay ideas superiores que lo permitan ni ideologías que lo justifiquen. Esta fundamental no maleficencia está en la base de los Diez Mandamientos, de la Declaración de Derechos Humanos y de la protección negativa que aseguran las Constituciones modernas, o la Declaración de Kyoto prohibiendo la participación médica en torturas. Tanto más inconcebible resulta que algunas posturas filosóficas y bioéticas se hayan creído justificadas para aceptar la colusión de medicina y tortura en casos excepcionales (Kottow, 2006). ¿Existe el derecho de ser liberado del dolor? La respuesta afirmativa tiene dos componentes: siendo paliable, resulta una crueldad no tratar el dolor; los seres humanos que no tienen medios económicos para acceder a medicina paliativa debieran contar con medidas analgésicas apropiadas como una expresión mínima de la protección médica que todo ciudadano merece. Para la bioética es crucial distinguir dolor de sufrimiento. El sufrimiento no es, en sí, una vivencia orgánica, aunque puede ser acompañante indeseado del dolor. El sufrimiento no es primario, como el dolor, sino que se presenta con reflexiones, búsquedas de sentido, intentos de explicación. El dolor inunda al ser, el sufrimiento lo enfrenta. El sufrimiento puede dotarse de sentido, pero tal elaboración solo puede provenir del sufriente. El carácter concreto del dolor hace asequible la vivencia y facilita la acción terapéutica. El sufrimiento, en cambio, se expresa en forma oscura y su núcleo íntimo queda en tinieblas, incluso para el que padece, lo cual limita las posibilidades de acompañamiento y bloquea los intentos terapéuticos, que no pueden modificar las circunstancias que motivaron el sufrimiento ni evitar la aparición de este, quedando relegados a intentos sintomáticos insuficientes. El médico cae a menudo en la incomprensión de desconocer el sufrimiento que viene con la enfermedad que puede llevar al paciente a tomar decisiones al parecer irracionales o al menos médicamente erróneas, porque encuentra más intolerable la desesperanza del sufrimiento que el dolor. Una paraplejia no duele, tampoco una disnea severa, pero el paciente puede estar padeciendo más allá de lo tolerable. La medicina asistencial pública carece de los recursos, pero también de la vocación, para disponerse a combatir y paliar los dolores que las personas sufren. Y en cuanto al sufrimiento, si bien no es tarea de la mano pública reducirlo, esta deja, sin embargo, que sucedan situaciones evitables cuya resolución ahorraría muchos sufrimientos. Se trata, en general, de coartaciones al ejercicio de la autonomía, lo cual impide a las personas tomar medidas o acciones que aliviarían sus sufrimientos. Las desigualdades sociales que caracterizan a las sociedades latinoamericanas se reflejan penosamente en la actitud frente al dolor y el sufrimiento. En la medida que la atención médica se privatiza y la medicina asistencial pública se desmantela, se produce desigualdad creciente y éticamente injustificable entre el desamparo de los desposeídos y los esfuerzos paliativos frente al

dolor y el sufrimiento que se despliegan en beneficio de los pudientes.

Referencias

D. Gracia, "Hard Times, Hard Choices: Founding Bioethics Today", *Bioethics* 9:192-206, 1995. - M. Kottow, "Should medical ethics justify violence?", *Journal of Medical Ethics*, 32:464-467, 2006. - C. S. Lewis, *El problema del dolor,* Santiago de Chile, Ed. Universitaria, 1990. - J. Mayerfeld, *Suffering and moral responsibility*, New York, Oxford University Press, 1999. - E. D. Pellegrino, "Toward a reconstruction of medical morality: The primacy of the act of profession and the fact of illness", *The Journal of Medicine and Philosophy* 4:32-56, 1979. - R. Rohdes, "Rethinking research ethics", *The American Journal of Bioethics,* 5:7-28, 2005. - R. M. Veatch, "Resolving conflicts among principles: Ranking, balancing and specifying", *Kennedy Institute of Ethics Journal,* 5:199-218, 1995.

Antropología del dolor

Reinaldo Bustos (Chile) - *Universidad Alberto Hurtado*

Los significados del dolor. La vivencia más primaria que une las nociones de corporeidad, cuerpo vivido y medicina es el *dolor* (Kottow y Bustos, 2005). Referencia central en la actividad médica, es sin embargo descuidada en su contextualidad debido quizás a cierta rigidez en la enseñanza de la medicina o a una manera fragmentada de pensar propia de un paradigma científico-positivista, que domina el "mundo médico" hasta nuestros días. Sin embargo, la Asociación Internacional de Estudio del Dolor, en 1986 definió el dolor como "una experiencia sensorial desagradable, asociada a una lesión tisular, real o potencial, o descrita en términos que evocan tal lesión", con lo cual rompe el vínculo exclusivo entre dolor y estímulo periférico que perduraba desde Descartes, padre epistemológico del modelo médico (Bustos, 1998). Con ello, le da credibilidad a las manifestaciones dolorosas vividas por los pacientes aun en ausencia de lesiones, y asimismo a la expresión diferenciada al *rostro del dolor,* siempre personal aunque su manifestación sea cultural (Zborowski, 1952). En efecto, a lo largo de la historia, los hombres han tratado de interpretar la significación y la justificación del dolor (y del sufrimiento) a través de recurrir a los dioses, los ritos o las religiones, incluyendo a la medicina moderna que ha transformado la experiencia del dolor, convirtiéndolo en un problema técnico, en un sinsentido. Nada más falso, dice Le Breton, para quien el dolor es un hecho personal, encerrado en la concreta e irrepetible interioridad del hombre, censurando de este modo el organicismo dualista de nuestra tradición occidental que reduce el dolor a una mera disfuncionalidad de la maquinaria corporal (Le Breton, 1999). De hecho, ninguna ley fisiológica puede dar enteramente cuenta de esta "experiencia múltiple", que es a la vez hecho de la naturaleza y experiencia altamente simbólica: garantía de reivindicación, sustituto de amor para paliar la ausencia, modo de expiación, medio de presión, etc., hasta alcanzar a veces ser un eficaz instrumento de sostén de la identidad personal. Pero como también el cuerpo y el dolor participan de la condición característica de lo humano como construcción cultural y social al interior de infinitas variedades, el dolor del cuerpo y el sufrimiento del hombre no escapan a la eficacia simbólica en medicina del efecto placebo, testimonio evidente de que la realidad corporal se arraiga en el corazón de un mundo simbólico y cultural.

El dolor y el mal. La relación entre el mal y el dolor encontrada en todos los relatos religiosos impone su marca en el comportamiento y valores de los individuos a la manera de un inconsciente colectivo de naturaleza cultural. No ocurre solo con el Cristianismo: para los cristianos la muerte de Jesús en la cruz es un relato de redención, modelo que posibilita a los creyentes participar del sufrimiento de Cristo acercándose a él con su propio sufrimiento; sino también con el Islam: los musulmanes no se revelan frente al dolor o al sufrimiento, no se confrontan como los católicos a la paradoja del justo sufriente, ellos entienden que el dolor es el castigo que será reservado en el más allá a los ateos y a los hipócritas. El dolor como figura del mal vinculando enfermedad y culpa y recordándonos nuestra precariedad humana se traduce también en el mundo moderno en que el imaginario del sida recoge lo mismo: una carne sufriente es una carne en falta. No en vano aquellos infectados a través de transfusiones sanguíneas se sienten y son percibidos como "inocentes". Y es que la atribución subjetiva es la que reviste de sentido a su dolor y le permite una coherencia en su mundo de valores, rechazando así el miedo y manteniendo su identidad. La integración del dolor en una cultura que le da sentido y valor es para los individuos un soporte simbólico que le otorga consistencia a su capacidad de resistencia: todas las sociedades al definir implícitamente una legitimidad para el dolor están indicando lo esperado o lo esperable. Así se explica la variabilidad de respuestas frente al dolor, su dramatización, como en el caso de judíos e italianos estudiados por Zborowski y más tarde por Zola, a diferencia de los irlandeses y americanos de viejo cuño, quienes vivían su dolor en consonancia con que la vida es dura y difícil testimoniando un nivel de resistencia ante una molestia más que un síntoma de una enfermedad. El ámbito cultural, en tanto entidad compleja que contiene el conjunto de usos, costumbres y convicciones más o menos compartidos por todo un grupo social, no solo proporciona la gramática y la técnica,

los mitos y los ejemplos de un arte de "bien sufrir" (Illich, 1978), sino también las instrucciones de cómo llenar ese repertorio. La crítica de Illich a la medicalización del dolor es que esta ha fomentado la hipertrofia de uno solo de estos modos –su manejo por medio de la técnica–, reforzando la decadencia de todos los demás y, sobre todo, que la medicina ha hecho incomprensible o escandalosa la idea de que la habilidad en el arte de sufrir pueda ser la manera más eficaz y universalmente aceptable de enfrentar el dolor. Con ello nos dice que el dolor y el sufrimiento deben tener una misión o un sentido que es necesario desentrañar. Responder a la pregunta de para qué sirve el dolor ayudará también a responder a la inquietud de qué hacemos frente a él. Más allá de la constatación de que el dolor como el miedo son señales de alarma que permiten al individuo defenderse frente al peligro, la experiencia dolorosa constituye un "hecho total" que se instala en todo nuestro ser, susceptible como tal de cumplir variadas "funciones" psicosociales. Así sucede en los pacientes hipocondríacos, dotados de una identidad provisional donde el dolor supone un camino de acceso al ser, una ayuda para instalarse físicamente en el mundo. También en aquellos casos más extremos donde el dolor es el sostén de la subjetividad, sin el cual sería difícil la existencia personal o mantener su lugar en el seno del grupo social. El dolor y el sufrimiento serían en esos casos la moneda para pagar el precio de la pena, la privación o la aprehensión, que evita exponerse así a situaciones más difíciles, satisfaciendo en parte la defensa de sí mismo.

Pragmática del dolor. En relación con la demanda de eutanasia por parte de muchos sufrientes, Le Breton señala que a menudo esta nace de la renuncia vital de un enfermo cuyos últimos días carecen de significado, privado de reconocimiento de los otros, enfrentado a la indiferencia o reprobación del personal sanitario, sin que su dolor sea tenido en cuenta suficientemente. Nada otorga valor a una existencia que el enfermo considera residual y hasta indigna. La inminencia de la muerte es una experiencia dura, pero humana, que consume la economía vital y vincula de modo más estrecho a todos aquellos que la viven y que requiere ser vivida con el mismo valor que el resto de la vida. Por ello, cuando el enfermo es acompañado, escuchado y contenido en su dolor y sufrimiento, se le restituye su control moral frente a lo incierto y se le permite ensanchar su mirada, recordar el precio de su existencia, restituir su dignidad. La demanda de eutanasia como de analgésicos disminuye considerablemente. Por tanto, ¿qué hacer frente al dolor? Un recorrido por el texto nos permite diferenciar dos grandes épocas históricas: 1) la premoderna, en que las divinidades y los dioses eran las referencias últimas frente a la enfermedad, el sufrimiento y la muerte y la pluralidad de significados atribuidas a estas experiencias eran paliativos eficaces, creadores de sentido al servicio de la vida con conciencia clara de finitud, y 2) la época moderna, en la que la medicina después de la Revolución Francesa empieza a erigirse como un principio de certidumbre al servicio del orden social capaz de desterrar aquella parte del caos que puede implicar para la convivencia humana la presencia de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. La evolución reciente de la medicina tecnológica es testimonio evidente de este sueño del progreso de desterrar para siempre estas manifestaciones ruidosas insoportables para el funcionamiento social. En lo que atañe al dolor y el sufrimiento, estos son vividos en el mundo actual, de acuerdo con Le Breton, como un sinsentido absoluto, aún más inexplicable que la muerte, un anacronismo absoluto, no solo cruel sino un equivalente moral de una tortura inaceptable, que la medicina se siente llamada a desterrar. Illich, por su parte, en una visión macrosocial, dice que en la actualidad el dolor es concebido como una maldición social, y para impedir que las masas maldigan a la sociedad cuando están agobiadas por el dolor, el sistema industrial les despacha matadolores médicos. Así, el dolor se convierte en una demanda creciente de más drogas, hospitales y servicios médicos y otros productos de la asistencia impersonal, corporativa, y en el apoyo lícito para un ulterior crecimiento corporativo, cualquiera que sea su costo humano, social o económico. La sociedad anestesiada mediada por la medicina es la respuesta a esta evolución, pero sin que tengamos una lúcida conciencia de sus efectos finales de drogas, violencia social y horror como los únicos estímulos que todavía puedan despertar una experiencia del propio yo. Para Le Breton no sería diferente el desenlace de la fantasía de una supresión radical del dolor por parte de la medicina: sería una imaginación de muerte, un sueño de omnipotencia que desemboca en la indiferencia de la vida. Precisamente el gran aporte de la Antropología a la Medicina es re-humanizarla para dignificar la vida.

Referencias

R. Bustos, *Las enfermedades de la Medicina*, Santiago de Chile, Cesoc, 1998. - I. Illich, *Nemésis médica*, México, Ed. J. Mortiz, 1978. - M. Kottow, R. Bustos, *Antropología médica*, Santiago de Chile, Mediterráneo, 2005. - D. Le Breton, *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral, 1999. - M. Zborowski, "Cultural components in response to pain", *Journal of Social Issues*, Nº 8, pp. 16-30, 1952.

Cuidados ante el dolor y el sufrimiento

Lucilda Selli (Brasil) - *Universidade do Vale do Rio dos Sinos*

Aproximación conceptual. Dolor y sufrimiento constituyen conceptos que, de cierta forma, se implican y se intersecan. Conforme al uso corriente de los términos, se originan del latín *dolore* y *sufferere.* La tecnociencia dispone de las condiciones para combatir el dolor orgánico-fisiológico pero el sufrimiento es una realidad más compleja que puede, pero no necesariamente, involucrar la presencia del dolor. La Asociación Internacional de Estudio del Dolor definió *dolor* como "*una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con daño potencial o total de tejidos, descriptos en términos de tales cambios*". La fundadora del moderno *hospice,* Cicely Saunders, creó la expresión *dolor total*, que incluye además del dolor físico, el dolor mental, social y espiritual. Estos aspectos están interrelacionados y abarcan la totalidad del ser humano. No siempre quien está con dolor, sufre. El sufrimiento es una cuestión personal. Está ligado a los valores de la persona y a situaciones circunstanciales que la afectan en su ser total. Daniel Callahan entiende el sufrimiento como la posibilidad de traducir la experiencia de impotencia vivida en situación de dolor no aliviada o de enfermedad que lleva a sentir la vida estremecida en su sentido. Por tanto, el sufrimiento es más global que el dolor.

Subjetivización y contexto de existencia. La apropiación de la realidad personal y la reacción de la persona son fundamentales para captar el mensaje contenido en las situaciones de sufrimiento, interpretarlo y asimilarlo como oportunidad o desventura. Esta capacidad de percepción de sí es determinante para hacer frente a la situación, sea ella cual sea. Tomar en las manos la situación implica un proceso de subjetivización en el cual la persona se apropia de su problema y reconoce e incorpora la necesidad de un reordenamiento en la vida. La introducción de la nueva concepción en el modo de vivir, como respuesta reactiva a la situación, supone que la persona se sitúe en el nuevo contexto de existencia. El universo existencial del individuo constituye el espacio en el que es visitado y re-visitado por el sufrimiento. Por tanto, el autoenfrentamiento implica hacer frente a la situación y avanzar del problema orgánico fisiológico al plano humano existencial. La persona conseguirá enfrentarse con el sufrimiento y comprometerse en un enfrentamiento si consigue entenderse a sí misma como alguien mayor que el problema que posee, o sea, si puede visualizar, en su vida, otras posibilidades y potencialidades que tiene que desarrollar, a pesar de la situación de sufrimiento.

El sufrimiento como realización de identidad y experiencia de la existencia. Un estudio sobre idea de sufrimiento y representación cultural de la enfermedad en la construcción de la persona, realizado por Rodrigues y Caroso, con sujetos frecuentadores de terreros afrobrasileños, evidenció que los interlocutores investigados indicaron un tipo de discurso de *realización de identidad,* respaldados en las ideas de enfermedad, sufrimiento y cura. En sus narrativas, utilizan estas categorías para describir su existencia como marcada por el sufrimiento. La noción de sufrimiento hace alusión a una trayectoria. Por un lado, la representación de la enfermedad remite a las razones del sufrimiento, por otro, la representación o discurso sobre la cura remite a una experiencia sincrónica, una vez que se presenta como antítesis del sufrimiento y la enfermedad. La categoría *sufrimiento* es usada por los interlocutores en diferentes sentidos, caracterizándose como *significante oscilante*, en el sentido de comportar contradicciones de significados que se mueven entre los planes concretos y abstractos, según apunta Lévi-Strauss. En el plano concreto, sufrimiento significa enfermedad física. En el plano abstracto, el sufrimiento se entiende por los significados que ultrapasan los límites de la experiencia de la enfermedad física y ofrece elementos determinantes para que la persona sufridora construya su identidad. El sufrimiento, por tanto, evoca significados desde fuerza y flaqueza, miedo y coraje, despertando emociones positivas o negativas. Estos atributos apuntan el sufrimiento como epifanía de la extrema vulnerabilidad y heteronomía humana, pues todo tipo de sufrimiento que ataca al ser humano constituye una manifestación concreta de su entera *dependencia y vulnerabilidad*. En el sufrimiento se produce en la persona la ausencia de todo el refugio de sí en sí mismo. En él, el ser humano se encuentra totalmente despojado de sus seguridades y expuesto a una radical indigencia y total dependencia. El sufrimiento constituye una realidad que acompaña la vida del ser humano en todo su itinerario y se presenta de diferentes formas y modalidades. Irrumpe en la existencia humana y altera por completo la vida de la persona. La experiencia de la propia existencia humana se da vía sufrimiento. Por eso, delante de una persona que sufre la actitud más adecuada es la de silencio y solidaridad. El silencio evoca comunión y compromiso de un ser humano con otro ser humano que sufre. La solidaridad constituye una actitud de estar con quien sufre y actuar a favor de alguien que está necesitado. Este compromiso humano caracteriza reciprocidad y remite la igualdad de todos los humanos como sufridores vulnerables y necesitados.

Dolor y sufrimiento como búsqueda de sentido. El sufrimiento constituye un espacio singular de

búsqueda de sentido. Es en el sufrimiento donde el ser humano prueba para sí mismo su capacidad de resistir, de hacer frente a las situaciones más duras y adversas de la vida, de atribuir un sentido a la realidad que vive y que lo cerca, de evaluar el valor del propio sufrimiento en el hormigón de la vida. El sentido se vuelve posibilidad de significar la situación de sufrimiento y transformarlo en espacio privilegiado de aprendizaje en la construcción de sí mismo y de los propios ideales de vida. Para que haya sentido, según Frankl, el sufrimiento no puede ser un fin en sí mismo. El sufrimiento tiene sentido cuando se tiene un motivo para tal, o cuando se le atribuye un motivo. Cuando incorporado de sentido remite a una "causa" que hace trascender el sufrimiento como algo que se impregnó sin permiso a la vida de alguien. Frankl critica la visión de ser humano que descarta su capacidad de tomar una posición ante condicionantes, cualesquiera que sean. Una de las principales características humanas está en la capacidad de elevarse por encima de las condiciones biológicas, psicológicas o sociológicas y crecer más allá de ellas. La búsqueda de sentido en la vida es la principal fuerza motivadora del ser humano. Frankl percibió en el campo de concentración que solo conseguían mantenerse vivas las personas que tenían un sentido en la vida. Por tanto, el sufrimiento es una escuela imprescindible de hallazgo de significados y sentido. El sujeto que sufre es al mismo tiempo aprendiz y maestro de sí mismo.

El sufrimiento como enseñanza ética. En el *sentido ético,* Roselló entiende que el sufrimiento enseña a las personas. Cuando el ser humano está acometido por el sufrimiento, la tendencia normal es la de reflexionar sobre el sufrimiento que lo asuela y también sobre la propia vida y la forma de conducirla. La persona recapacita valores, actitudes y admite la propia finitud y fragilidad humana. Crea espacio para el redimensionamiento de la propia vida y abraza con grandeza de alma la humildad, que consiste en la aceptación de la propia fragilidad. Sufrir para Frankl significa crecer, y para Roselló, madurar, por tanto sufrir constituye posibilidad de llegar a ser. Ese proceso posibilita la conquista de libertad interior a pesar de la dependencia exterior. En la *relación interpersonal* el sufrimiento construye espacios de revelación y posibilidad de apertura de sí para el otro y de construcción de verdaderas confidencialidades. Despierta, por un lado, confianza y capacidad de entrega absoluta, y, por otro, sensibilidad y capacidad de compasión y donación incondicional. El sufrimiento puede ser la piedra angular en la evolución de una relación interpersonal sellada por el verdadero bienquerer. Por tanto, el sufrimiento además de llevar a la persona a apropiarse más de sí misma y acrisolar sus razones y motivos, la abre para el otro. Las *tecnologías* predominan en el itinerario que rehace el camino de la cura y/o estabilización del cuadro de sufrimiento de la persona. Ellas, por un lado, traen beneficios y expectativas cada vez más promisorias, por otro, constituyen una irrealidad tanto en el sentido de perspectivas y eficacia cuanto de posibilidades de acceso. Aunque apunten perspectivas positivas para las personas, no penetran el centro de las cuestiones humanas existenciales movilizadas, sobre todo, en situaciones de vulnerabilidad. La integración de la cultura científica, con su conocimiento objetivo, y de la cultura humanista, direccionada al sentido de la existencia, como complementarios e inseparables, constituyen una herramienta en el enfrentamiento de la visión mecanicista y biologicista de la vida y favorece la introducción de una visión holística de ser humano, necesaria para orientar la vida marcada por la fragilidad y por la posibilidad de irrumpir plenamente. El *profesional de la salud* tiene un papel fundamental junto a la persona en la construcción del proceso de apropiación de su realidad de sufrimiento. Debe considerar la dimensión subjetiva y existencial indisociablemente presente y operante en la vida de la persona en situación de sufrimiento y su influencia en la construcción de sentido. Así, la actuación del profesional no se agota con la realización de técnicas y procedimientos profesionales terapéuticos objetivos. Al contrario, posee un elemento subjetivo que remite para la dimensión humana y de sentido de la existencia. El ejercicio profesional implica la incorporación y la inclusión de una visión compleja de ser humano. Ese modo de actuar propicia el enfrentamiento de la disyunción operada entre naturaleza y hombre que se vuelven extraños uno al otro, esto es, la reducción del ser humano a lo biológico y de lo biológico a la físico, lo cual configura la superación de la degradación de la existencia total.

Referencias

Dicionario Interdisciplinar da Pastoral da Saúde. São Paulo, Paulus, 1999. - V. Frankl, *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Petrópolis: Vozes, 1991. - E. Morin, O Método. 5: A humanidade da humanidade. A identidade humana; 6: Ética. Porto Alegre, Sulina, 2002, 2005. - N. Rodrigues & A. C. Caroso. Idéia de Sofrimento e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa, en: L. F. D. Duarte & F. O. Leal (Org.), *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Editora da Fiocruz, 1998. - F. Torralba i Roselló. *Antropología del cuidar.* Madrid, Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre, 1998.

Acceso al tratamiento del dolor severo

Rosa Mertnoff (Argentina) - *Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires*

Concepto de accesibilidad y epidemiología del dolor. El acceso al tratamiento para el alivio del dolor severo implica que el fármaco necesario para tal fin esté a disposición de aquel que lo necesita en tiempo y forma. Un fármaco puede estar *disponible* en un país pero ser *inaccesible* a la persona que lo necesita. Los opioides son los fármacos de elección para el alivio del dolor severo por cáncer y otras condiciones agudas o crónicas. Las barreras en su disponibilidad y/o accesibilidad deben ser identificadas en el contexto socio-político-cultural de cada provincia, región o país de América Latina. Este diagnóstico de situación facilitará la implementación de estrategias que logren el acceso al tratamiento mencionado. Sin embargo, no existe un análisis epidemiológico global acerca de la naturaleza y extensión del problema *dolor*, ni de su manejo racional en la región. Algunas encuestas basadas en la comunidad, realizadas en Colombia, Chile y México, encuentran que entre el 40% y el 60% de los adultos encuestados presentan uno o más tipos de dolor. Las principales condiciones dolorosas en la población general encuestada fueron dolor de cabeza, artritis y dolor lumbar. Estos problemas son tan comunes, que se consideran normales e inevitables. Pero el cáncer es una de las causas más frecuentes de mortalidad, y ocupa del segundo al quinto lugar en los distintos países latinoamericanos, y el dolor es un síntoma de alta prevalencia en las personas que lo padecen. Más de dos terceras partes de las personas con cáncer avanzado experimentan dolor, a menudo intenso. En la actualidad, el cáncer registra diez millones de nuevos casos por año en el mundo, provocando seis millones de muertes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que su carga mundial se duplicará en veinte años y que su incidencia, actualmente más alta en los países desarrollados, se desplazará hacia los países en desarrollo debido a las peores estrategias preventivas de estos últimos. Así, para el año 2020, aproximadamente el 70% de los 20 millones de nuevos casos anuales ocurrirá en los países en desarrollo, donde el mayor porcentaje de las personas son diagnosticadas en etapas avanzadas. El 70% al 80% de los pacientes con cáncer y dolor pueden ser aliviados con tratamientos orales simples si se implementan los conocimientos médicos y los tratamientos existentes. En 1986, la OMS anunció que la morfina y los opioides del mismo grupo terapéutico eran considerados *esenciales* en el tratamiento del dolor por cáncer moderado a severo. Los *medicamentos esenciales* se definen como aquellos que satisfacen las necesidades de atención sanitaria de la mayor parte de la población; por consiguiente, deben estar disponibles en todo momento en cantidades suficientes y en las formas farmacéuticas apropiadas. Pero el alivio del dolor severo por cáncer y otras condiciones no oncológicas depende de la disponibilidad y el uso de opioides del grupo terapéutico de la morfina. La región latinoamericana, donde los problemas de pobreza, hambre, mortalidad infantil y vacunaciones ocupan un lugar central, aún debe lograr poner en la agenda de prioridades la disponibilidad de opioides.

Fundamentos ético-jurídicos del derecho al alivio del dolor. Las normas de ética profesional y las normas religiosas obligan a los profesionales de la salud al tratamiento del dolor y el sufrimiento. En el *Antiguo Testamento* (Eclesiástico, 38:1-15) se afirma: "*Y Él ha dado al hombre el conocimiento /para que se glorifique en sus poderosas obras./ Con ellas el médico aplaca el dolor;/ asimismo, el boticario prepara sus drogas;/ de suerte que la obra de Él no se termina*". Varios siglos después el médico y filósofo Maimónides pedirá en su *Plegaria* (h. 1180): "*Dios Todopoderoso... Tú has dotado al hombre con la sabiduría para aliviar el sufrimiento... Tú me has elegido para velar sobre la vida y la salud de Tus criaturas. Estoy ahora listo a dedicarme a los deberes de mi profesión*". El *Código Internacional de Ética Médica* de la Asociación Médica Mundial (1949) establece que "*El médico debe a su paciente todos los recursos de su ciencia y toda su devoción*". La *Declaración de Venecia sobre Enfermedad Terminal* (1983) de la misma Asociación indica: "*El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes*". El Comité de Expertos en Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en el Cáncer declaró en 1990 que "*librarse del dolor se debe considerar un derecho de los pacientes con cáncer, y el acceso al tratamiento del dolor, una medida de respeto a ese derecho*". También lo hacen las normas políticas. Así, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sostuvo en su *Recomendación Relativa a los Derechos de los Enfermos y los Moribundos* (1976): "*1. Considerando que los progresos rápidos y constantes de la medicina crean problemas y revelando aún ciertas amenazas para los derechos fundamentales del hombre y la integridad de los enfermos (...) 10. Recomienda al Comité de Ministros invitar a los gobiernos de los Estados miembros: a) A tomar todas las medidas necesarias, particularmente en lo que concierne a la formación del personal médico y la organización de los servicios médicos, para que todos los enfermos, hospitalizados o cuidados en domicilio sean aliviados de sus sufrimientos tanto como lo permita el estado actual de los conocimientos médicos*". La OMS ha establecido

asimismo sus recomendaciones específicas en la materia. Diversos instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos sirven de referencia: el artículo 25 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (ONU, 1948), que asegura el derecho a un nivel de vida adecuado que garantice salud y bienestar; la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (OEA, 1948), que en su artículo XI establece el derecho de toda persona a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales; la *Convención Americana de Derechos Humanos* o Pacto de San José de Costa Rica (OEA,1969), que en su artículo 5 establece el derecho a la integridad física, psíquica y moral; el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU, 1966), que en su artículo 12 afirma el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asimismo, con referencia a los niños, la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU, 1989), que sostiene en su artículo 24 que los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Concepto de consumo terapéutico de morfina como indicador de desarrollo de un país. El *consumo terapéutico de morfina* se considera indicador de desarrollo de un país. El International Narcotic Control Board (INCB) colecta y reporta los datos anuales de consumo de cada país a partir de los reportes de cada uno de ellos. En Latinoamérica, el mapa del consumo de morfina en 2001 fue: Argentina, 1,55 mg/cápita; Brasil, 1,97 mg/cápita; Chile, 2,06 mg/cápita; Colombia, 0.92 mg/cápita; Costa Rica, 2,64 mg/cápita; Cuba, 1,24 mg/cápita; Perú, 0,19 mg/cápita; Uruguay, 2,44 mg/cápita, y Venezuela, 0,12 mg/cápita. Ese mismo año, Estados Unidos informó un consumo de 35,13 mg/cápita; Canadá, 57,02 mg/cápita; España, 8,79 mg/cápita; Reino Unido, 18,48 mg/cápita; y Francia, 36,72 mg/cápita. A pesar de que el consumo global de morfina se duplica cada cinco años desde 1984, la tendencia se debe mayormente al aumento de consumo de países desarrollados. Si bien el consumo de morfina en Latinoamérica aumentó 54% entre 1980 y 1989 y 393% entre 1990 y 1999, estos valores siguen siendo insuficientes. El consumo de morfina en Latinoamérica es menor al 1% de todas las cantidades consumidas en el mundo y muy baja comparada con los países de Norteamérica. Sin embargo, más del 50% de la población global mundial padece de dolores no tratados por falta de acceso al tratamiento con opioides. Esta situación instala el manejo inadecuado del dolor por cáncer como un problema serio de la salud pública tanto en países desarrollados como en desarrollo. El aumento del uso de otros opioides fuertes diferentes de la morfina en países con distinto grado de desarrollo (metadona, oxicodona, etc.) debe alertar acerca del uso *exclusivo* del indicador "consumo de morfina" como medida país del control del dolor por cáncer.

Clasificación de las barreras al acceso de los opioides. La OMS ha analizado y clasificado las barreras de acceso a los opioides en cuatro niveles: 1. *Factores relacionados con las políticas sociosanitarias*: en Latinoamérica existe una baja prioridad al control del dolor y leyes restrictivas por temor a la desviación de opioides para uso no médico. Los opioides son clasificados como estupefacientes por su potencial uso abusivo. Por ello, se reglamentan por tratados internacionales y políticas nacionales de fiscalización de drogas. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), organismo que vigila la disponibilidad mundial de estupefacientes, la OMS y los Gobiernos nacionales informan que la disponibilidad de opioides no es suficiente para fines médicos debido a la poca importancia que atribuyen los sistemas asistenciales al alivio del dolor, el temor exagerado a la adicción, las políticas nacionales de fiscalización excesivamente represivas y los problemas en la adquisición, fabricación, licencias, certificados, aspectos administrativos en general, almacenamiento y distribución de opioides. La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, tuvo como principal objetivo evitar el abuso de estupefacientes, garantizando al mismo tiempo su disponibilidad para uso médico. Este principio central del "equilibrio" representa una dualidad de obligaciones para los gobiernos que consiste en establecer un sistema de fiscalización para prevenir el abuso, el tráfico y la desviación, asegurando al mismo tiempo la disponibilidad para uso médico legítimo en la asistencia de los enfermos. La OMS ha desarrollado guías de autoevaluación que permiten a los gobiernos determinar si sus políticas nacionales de fiscalización de drogas han establecido el marco legal y administrativo que asegure la disponibilidad de los analgésicos opioides para fines médicos y científicos, en conformidad con las recomendaciones de la JIFE y con los tratados internacionales. Estas guías buscan facilitar a los gobiernos la detección y eliminación de aquellos impedimentos a la disponibilidad de los mismos. Un estudio comparativo entre cinco países latinoamericanos demostró que existían leyes y regulaciones restrictivas que afectaban el uso médico y científico de los opioides al imponer límites en la dosis o en los días de tratamiento. 2. *Factores relacionados con la industria farmacéutica*: los altos costos de los opioides por múltiples razones (costo de impuestos de productos importados y de licencias, mejores ganancias para los

productores, distribuidores y farmacéuticos, etc.) son considerados una barrera importante para el acceso de opioides en los países en desarrollo. 3. *Factores relacionados con los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y farmacéuticos)*: la falta de formación en grado y posgrado determina el conocimiento inadecuado de la farmacología analgésica y la terapia del dolor lo cual conlleva la insuficiente prescripción de opioides. Existe preocupación por los controles regulatorios y por los efectos colaterales y desarrollo de tolerancia y adicción a los analgésicos. 4. *Factores relacionados con los pacientes*: la resistencia a declarar el dolor y asumirlo como parte inevitable de su enfermedad, así como los temores a la adicción y dependencia a la morfina de los pacientes y/o de sus familias, son otro importante obstáculo al alivio del dolor. Debido a la identificación de la falta de comunicación entre los profesionales de la salud y los reguladores, la Organización Panamericana de la Salud ha promovido el desarrollo de talleres convocando a líderes de programas de cuidados paliativos y representantes del sistema regulatorio a encuentros de intercambio de información y de opinión.

Propuestas para mejorar el acceso de la población a los opioides. Para detectar las barreras en el circuito de distribución de los opioides y de este modo hacer un diagnóstico y legalizar un tratamiento para mejorar la funcionalidad del mismo, la JIFE recomienda revisar los siguientes niveles: 1. International Narcotics Control Board: planea una provisión adecuada y confirma las estimaciones nacionales. 2. Ministerio de Salud: estima las necesidades que traslada al primero, da licencia a productos, prescriptores, etc. 3. Importadores, manufactores y distribuidores: producen o importan suficientes cantidades, distribuyen rápidamente; 4. Hospitales, farmacias y cuidados paliativos: entrenamiento y obtención de licencia, adquisición de cantidades adecuadas, dispensan de acuerdo con la prescripción, anticipan las necesidades. 5. Médicos y enfermeras: valoran el dolor, prescriben según las necesidades del paciente. En este nivel, cabe considerar la inclusión de este tema en el currículo de grado y posgrado de las carreras en cuestión. Y finalmente destacar la importancia de difundir en la población los conocimientos mencionados y su derecho al alivio del dolor.

Referencias

Organización Mundial de la Salud, *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Informe de un Comité de Expertos*. Serie de Informes Técnicos 804, Ginebra 1990. - J. Porta, X. Gómez Batiste, A. Tuca, “Dolor”, en *Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*, Madrid, Arán Ediciones, 2004, pp. 33-90.

2. Atención de la salud

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, instrumento regional aprobado por la Novena Conferencia Internacional Americana celebrada en Bogotá del 30 de marzo al 2 de mayo de 1948, antecedió a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que sería adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de ese mismo año. La contribución regional a esta última fue relevante. En su artículo 11, la Declaración Americana asocia el derecho a la preservación de la salud con el derecho al bienestar cuando establece que “*toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad*”. En ese sentido, para la teoría y la práctica de la bioética en América Latina resulta importante comprender la historia, la realidad y las alternativas posibles de esa atención de la salud en su asociación con ese conjunto de medidas que el artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Unesco, 2005) ha recogido bajo el título *Responsabilidad social y salud*. Este artículo fue resultado de la propuesta y firme defensa de las representaciones de los países latinoamericanos que participaron en la construcción de la Declaración Universal con el mismo espíritu con el que más de cincuenta años atrás la región había participado en la construcción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Antecedentes históricos de la salud y su atención en América Latina. El encuentro tricontinental de poblaciones derivado de la colonización en América (europeos, aborígenes y africanos) produjo un intercambio de enfermedades infecciosas, como sarampión, viruela, lepra y tuberculosis, de los españoles a los indígenas americanos, y de fiebre amarilla, anquilostomiasis y dengue de los esclavos negros a los indios americanos y a los españoles. La primera cuarentena se ordenó en 1519 en Santo Domingo para prevenir la epidemia de viruela, que alcanzó una mortalidad del 90% entre

los indígenas, como en las epidemias colombianas de 1558, 1564 y 1587. La población indígena fue devastada por las epidemias de viruela e influenza y se estima que la población del centro de México se redujo de veintitrés millones en 1519 a un millón en 1605 (Sánchez Albornoz, 1977). Cuatro siglos harían falta para que la población de América Latina volviera a alcanzar la cifra estimada de sesenta millones de habitantes que tenía al momento del Descubrimiento. Y al mismo tiempo de esta catástrofe el intenso comercio de negros esclavos devastó a muchas tribus africanas. Cinco de los diez millones de negros esclavos arrancados de Angola, Congo, la Costa de los Esclavos y otras regiones africanas para el comercio mundial fueron para América Latina: un tercio a los territorios españoles y dos tercios al Brasil. En ese contexto colonial la atención de la salud era paternalista en la tradición hipocrático-galénica y caritativa en el sentido religioso que infundía el catolicismo. A comienzos del siglo XIX, cuando los países de la región comienzan a independizarse, las condiciones de salud en América Latina tenían el mismo patrón epidemiológico introducido por la Conquista: hambre, alta mortalidad por viruela y enfermedades infecciosas, y enfermedades pulmonares en los trabajadores de la minería (Humboldt, 1808). Pero al mismo tiempo el modelo de industrialización europea generaba el movimiento sanitario británico y el desarrollo de la higiene pública como una disciplina experimental, cambiando con esto la práctica médica internacional. Jenner descubre en 1798 la inmunidad frente al virus de la viruela y las vacunaciones comienzan en América. En 1881 el médico cubano Carlos Finlay presenta en la Academia de Ciencias de La Habana su tesis sobre la transmisión de la fiebre amarilla. La medicina llegó a ser así un campo más científico en su práctica y la moral médica giró hacia un tipo de paternalismo diferente del tradicional, centrado ahora en la figura del médico como hombre de ciencia. El antiguo sistema de salud caritativo también cambió: en 1884 Bismarck introdujo en Alemania un nuevo sistema nacional colectivo de salud que fue adoptado en diferentes países europeos y que también sería aplicado en América Latina. El control administrativo de la medicina por una institución feudal como el Protomedicato fue remplazado por el nuevo modelo de evaluación médica introducido por la British Medical Association (1836), la American Medical Association (1847) y la Association Générale de Médecins de France (1858). A comienzos del siglo XX quedaron formulados tres grandes modelos de sistemas de salud de referencia para la salud pública: 1. El modelo gerenciado orientado al libre mercado, descentralizado, fuertemente individualista y privado, de alta tecnología y de alto costo, orientado a la terapeútica, como el de Estados Unidos; 2. El modelo de seguro colectivo y administración nacional centralizada, solidario y orientado al bienestar, de cobertura universal, con un acento intermedio entre la asistencia y la prevención, como el de los países de Europa occidental, Japón, Australia y Canadá; y 3. El modelo socialista de una economía planificada, con servicios públicos y cobertura universal, orientado a la prevención, con énfasis en la salud infantil y de los trabajadores industriales, con políticas de salud centralizadas y con una regulación muy estricta de la práctica médica privada. Esos tres modelos mayores podían ser identificados en países industrializados o ricos, en países de transición o de medianos ingresos, y en países pobres y muy pobres. Puede decirse que el enfoque liberal contractualista de libre mercado y estado mínimo tuvo su correspondencia con los supuestos éticos de autores clásicos como John Locke y Adam Smith, así como con los más recientes e influyentes en bioética como Robert Nozick y Tristram Engelhardt. También puede atribuirse una correspondencia a los sistemas de salud orientados al bienestar con los supuestos éticos del utilitarismo de John Stuart Mill, y con los aportes a la bioética de Richard Hare o Peter Singer. Los sistemas de salud socialistas tuvieron su correspondencia con los autores clásicos del marxismo y en la bioética ha sido importante la contribución que ha hecho Giovanni Berlinguer en esa tradición. Pero debemos observar que cuando en aquel contexto mundial de tres grandes sistemas de salud y enfoques de salud pública la bioética se formuló de manera sistemática como campo interdisciplinario en 1970, su origen en Estados Unidos habría de marcar fuertemente el sesgo primario de las relaciones entre bioética y salud pública en los desarrollos teóricos y metodológicos que la constituyeron. Y ese sesgo fue eminentemente liberal. El influjo de esta concepción en la introducción de contenidos de la bioética en América Latina durante la primera mitad de los años noventa fue muy importante. La bioética europea, desarrollada en la década de los ochenta en un contexto de sistemas de salud orientados al bienestar y con una asociación a los Derechos Humanos, como quedaría recogido en la Convención Europea sobre Bioética, no tuvo en la región la misma gravitación inicial que tuvo la bioética angloamericana. Y esta realidad determinaría, por lo menos hasta el año 2000, a una gran parte de la producción teórica, la actividad académica y la práctica de la bioética en América Latina con su repercusión en la concepción de los problemas éticos en la atención de la salud individual y colectiva.

El sida como nuevo paradigma. La epidemia de sida vino a expresar de manera multifacética la

aparición de un conjunto de conflictos propiamente bioéticos en los sistemas actuales de salud como diferencia y a la vez parcial continuidad con la historia de la salud regional. Por un lado, las cuestiones relativas a la familia y el principio de la vida, como el casamiento entre infectados, el nacimiento y la crianza de hijos, las conductas sexuales de los adolescentes y la situación de los húerfanos del sida. Y por el otro, las cuestiones del vivir, como el respeto de la dignidad, los derechos humanos y la no discriminación en diversos contextos, como la ocupación y el empleo, la educación pública, la inmigración y el turismo, o la atención de los profesionales de la salud. Dentro de los ciclos vitales, finalmente, las cuestiones de la muerte y el morir radicalmente cuestionadas en contextos como el de los enfermos terminales en situación de privación de libertad. Asimismo resultaron extensamente cuestionados el problema del costo de los tratamientos, la elección o no de regímenes como la poliquimioterapia, más eficaces pero más costosos, y el derecho a la atención de la salud. Las reglas éticas de confidencialidad, veracidad y consentimiento informado, con la elección de a quién estudiar y a quién tratar, los aspectos de derecho administrativo en salud pública con el alcance del poder gubernamental para proteger la salud pública y las infracciones penales contra la misma, así como la responsabilidad por daños extracontractuales, conflictuaron las respuestas legales y políticas tradicionales del sistema. ¿Cómo debía pensarse entonces la atención de la salud en este nuevo marco?

Sistemas de salud para todos, ética y globalización. Desde 1978, cuando la Organización Mundial de la Salud formuló la *Declaración de Alma-Ata* adoptando la estrategia de salud para todos basada en la atención primaria de salud (v.), hubo muchos cambios relacionados con nuestra visión de la salud en el mundo de los cuales la epidemia del sida llegó a ser paradigmática. Algunos de ellos, como notables aunque desiguales mejorías en el acceso a los servicios de salud, reducción de las tasas de morbi-mortalidad de varias enfermedades, aumento de la expectativa de vida y avances en la conciencia política de los principios establecidos, fueron favorables. Además, y en forma negativa, aparecieron enfermedades nuevas y reaparecieron algunas de las más antiguas (sida, tuberculosis, cólera, etc.), aumentaron los riesgos ecológicos y el crecimiento urbano con los problemas de las megaciudades, y se amplió la brecha entre países y poblaciones ricas y pobres aumentando la desigualdad entre ellas (v. *Análisis de la situación de salud*). Además, diversas poblaciones mostraron una tendencia al envejecimiento con aumento de las enfermedades crónicas, se globalizó el comercio y los viajes internacionales, crecieron los enfoques de la atención de la salud como mercado, se aceleraron los avances científicos y tecnológicos, y se extendió la preocupación por el estudio sistemático de los aspectos morales que envuelven a todas estas cuestiones. A la vista de estos cambios, la situación de la salud en el mundo globalizado de comienzos del nuevo siglo se vio beneficiada con el debate y la reflexión introducidos por la bioética, en tanto conocimiento que puede ayudar a racionalizar los enormes problemas actuales y futuros a los que nos enfrentamos. La bioética ha establecido conceptos y principios que pueden guiar nuestras acciones para afirmar el objetivo moral subyacente en la propuesta de salud para todos. Con este propósito se ha defendido la incorporoaración a ese debate de conceptos como solidaridad, equidad y sustentabilidad; así como valores, principios y virtudes ya aceptados en el campo de la bioética. A la vez, muchas preguntas se han hecho para explorar las interacciones posibles de la ética con la necesidad de una renovación de la estrategia de atención primaria. ¿Qué principios, conceptos y métodos deberían incorporarse a la estrategia considerando las macrotendencias de desarrollo de la salud y los escenarios preferidos, probables o posibles? ¿Qué tiene la ética para decir acerca de las políticas y acciones por desarrollar? ¿Qué lugar tendrán los conceptos y principios éticos en las estrategias funcionales y cuáles han de ser los estándares éticos prácticamente operativos para la renovación? ¿Qué papel ha de desempeñar la ética de la atención primaria de la salud ante la disociación entre globalización de los mercados de capital y localización restringida del acceso a las condiciones de una vida sana?

Sistemas de salud y aspectos interculturales de la bioética. El respeto por la vida humana y sus diferentes expresiones culturales es un principio que es o podría ser universalmente compartido. La consideración de la diversidad cultural (v. *Diversidad cultural y lingüística*) es un paso que ha de seguir a la información objetiva de las condiciones de salud al tomar decisiones morales para reducir la inequidad en el sistema, ya que junto a los beneficios que ofrece la globalización actual nos encontramos con las dificultades que ella encierra al tender a borrar la diversidad cultural. La tradición cultural latinoamericana ha sido fuertemente paternalista y beneficentista antes que centrada en la autonomía de los individuos. Esto ha hecho más difícil la extensión de un modelo respetuoso de la autonomía que en países de otra tradición. Sin embargo, cercano a este enfoque beneficentista se ha observado muchas veces un mayor desarrollo de los lazos de solidaridad y cooperación comunitaria que van desapareciendo con el crecimiento del mercado y las privatizaciones y que

han de tenerse en cuenta ante la globalización en salud. Alcanzar una relación equilibrada entre derechos individuales y bien común en el marco de estas tradiciones es uno de los mayores desafíos éticos por realizar en la práctica (v. *Atención individual y atención colectiva*). Asimismo, las grandes desigualdades sociales todavía existentes en muchos países tradicionalmente han otorgado mayor relevancia a las cuestiones de justicia en salud que a las cuestiones clínicas. Pero las visiones actuales en ética de la salud exigen trabajar la interrelación entre los campos de la clínica y la política cuando se quiere hacer cambios efectivos hacia la equidad (v. *Atención clínica y contexto social*). No obstante, los agentes de salud, tanto en la clínica (v. *Consulta en ética clínica*) como en el desarrollo de políticas, no pueden dejar de considerar esta especial vulnerabilidad de diversos grupos sociales en la región generada por esa desigualdad. Asimismo, la tradición latinoamericana suele acentuar más la armonía de valores antropológicos y éticos que el pragmatismo instrumental. Esto lleva a una menor eficacia en la toma de decisiones pero supone muchas veces una mayor facilidad para encontrar valores comunes. Frente al gran desarrollo de una respuesta tecnológica a las necesidades en salud que se observa en países más desarrollados, América Latina muestra todavía las características de una cultura con fuerte orientación al cuidado interhumano (v. *Cuidados en salud*). En cuanto a diversidad religiosa, si bien existe una mayoría de población católica, también es importante la presencia de otras religiones, como el protestantismo, el judaísmo y el culto islámico. Institucionalmente, sin embargo, el catolicismo ha sido la religión con mayor tradición e influencia en las políticas de Estado y también la que ha desarrollado la mayor red de cooperación social en temas que incluyen a la salud. Esto ha dado al catolicismo un carácter contradictorio y polémico en su tradición nacional y regional que no puede obviarse a la hora de poner en práctica políticas de equidad que habrán de ser por ello tanto críticas de su dogmatismo conservador como respetuosas de su doctrina social de la que tanto pueden aprender los gobiernos.

Por todo esto, si en la renovación de la estrategia de atención primaria pretendemos acercarnos cuanto podamos al fin de que la estrategia sea no solo eficaz y basada en verdades científicamente demostradas, esto es, apoyada en "lo permanente", sino también a que las acciones desarrolladas sean éticamente justificadas y por tanto a que la estrategia sea legítima en su totalidad, un primer paso es considerar las diferencias objetivas entre cada región, cada país y cada población, y un segundo paso, identificar y respetar la diversidad cultural en medio de los cambios que la globalización nos impone, considerando y respetando así "lo transitorio" de cada persona y cada población. Para este empeño en un auténtico desarrollo humano en el sistema de salud, un papel esencial es el que puede ser cumplido por los comités de ética (v.) a la hora de enfrentarnos a los conflictos bioéticos que surgen día a día en el sistema de salud.

[J. C. T.]

Atención individual y atención colectiva

Abraham Sonis (Argentina) - *Academia Nacional de Medicina*

El conflicto entre los fines de la medicina y la salud. Entre el objetivo de la medicina, *atención al paciente*, y el objetivo de la política de salud, *atención a la población*, en un universo con recursos limitados, tal como lo vemos en la realidad, aparecen tensiones que asumen distintas expresiones según el ámbito en que se realicen. Esto adquiere su propia dimensión ética en cada ámbito ya que las tensiones se dan desde los niveles más abstractos hasta los más concretos de la práctica diaria. Si partimos del concepto de la salud como un derecho de cada individuo como tal, por un lado, y por otro del de "salud para todos", que involucra necesariamente planificación y un uso eficiente de los recursos así como el papel del Estado benefactor, el conflicto se plantea en el plano de los valores. Y a medida que se avanza en la consideración del problema las tensiones se hacen más visibles, adquieren más profundidad y más difícil resulta su solución equitativa a la luz de la responsabilidad del Estado como expresión de la voluntad de la sociedad. Y es que resulta explicable y entendible la presión de un paciente, o de sus familiares, para un tratamiento determinado cualquiera que sea su costo, como también resulta entendible la preocupación por disponer de recursos para inmunizar a toda una población infantil de un área específica. Si bien en algunos casos ambos enfoques coinciden, la tendencia en la atención de la salud y la enfermedad en los últimos lustros acentúa el conflicto, tal como lo demuestra la experiencia diaria.

Imperativo tecnológico, necesidades y prioridades en salud. El adelanto tecnológico y más aún el imperativo tecnológico llevan por una conjunción de factores de distinta índole a la aplicación de la tecnología más sofisticada a todos los pacientes sobrepasando en muchos casos su utilización racional y

desbordando los costos. El dilema es real: dado el grado de incertidumbre que caracteriza a la atención médica y ante la mera insinuación de un eventual resultado favorable, ¿resulta posible para un médico negarse a su aplicación por su costo para la entidad pública o de la seguridad social prestadora de la atención? El problema aparece con toda su claridad en sistemas cerrados de atención cualquiera que sea su magnitud o su alcance, desde mutuales particularizadas hasta servicios nacionales de salud, que involucran a toda la población. Y es que la utilización de recursos fijos, predeterminados, exige el establecimiento de prioridades y de reglas del juego que permitan cubrir las necesidades del mayor número posible, o la totalidad, de sus beneficiarios o de la población general. Basta citar las regulaciones que en ciertos sistemas ponen un tope de edad a los trasplantes o a la diálisis renal. La complejidad del problema se acentúa en la sociedad moderna, que suma como factor decisorio a los medios. Una incisiva campaña televisiva puede recaudar fondos para posibilitar el traslado de un niño a un servicio ultraespecializado de un país central para el tratamiento de alto costo de una patología excepcional a un costo que permitiría tratar la anemia de cientos de chicos de esa misma comunidad. Pero, ¿quién puede no conmoverse ante la sonrisa de alegría de un niño trasplantado que con fondos de un grupo de gente que contribuyó individualmente a su tratamiento alcanzó el mismo resultado favorable que quien tiene los recursos necesarios para el mismo tratamiento?

Individuos, poblaciones y atención preventiva. El mismo dilema plantea la atención preventiva, como lo demuestra la extensa bibliografía que ha florecido alrededor del ya clásico planteo de Geoffrey Rose en 1984 y que se ha convertido en un debate crucial en la epidemiología de hoy: "individuos enfermos y poblaciones enfermas", en el que Rose contrapone precisamente en el área de prevención el estudio de los riesgos individuales de una patología y el análisis de los determinantes de la incidencia de la misma (Rose, 1985). El primer enfoque se concreta a través de los *screenings* poblacionales en los que la detección de algunos casos resulta en muchas ocasiones de un costo desmedido, en tanto que el segundo enfoque tiene como objetivo remover los factores que afectan a la comunidad en su totalidad. Dilema que mantiene hoy toda su vigencia. La atención individual y la atención colectiva conforman un conflicto inescapable que debe enfrentarse permanentemente, ya que hace a la esencia misma de la medicina y la salud de la población y que exige una conciencia lúcida de sus protagonistas, un alerta permanente y un tratamiento cuidadoso por parte de los responsables de la atención de la salud y la enfermedad y la vigilancia permanente y el asesoramiento por parte de los eticistas.

Referencias

G. Rose, "Sick individuals and sick populaciones", *International Journal of Epidemiology*, 1985; 14:32-30; reproducido en *International Journal of Epidemiology*, 2001, vol. 30: 427-432. - D. Beauchamp, B. Steinbock, *New ethics for the public's health*, New York, Oxford University Press, 2000.

Análisis de la situación de salud

María del Carmen Amaro (Cuba) - *Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García*

Definición. El *análisis de la situación de salud* (ASIS) es el proceso mediante el cual los diferentes sectores de la propia comunidad, de manera mancomunada y liderada por el sector salud, identifican, desde su percepción, los principales problemas o riesgos que afectan su situación de salud y emprenden acciones responsables y sostenibles para su transformación positiva (Sansó Soberats, 2003). Desde 1994, Bergonzoli retomó el enfoque sistémico y lanzó su propuesta del análisis de la situación de salud, sustentado en la definición de salud como producto social. Desde entonces se definen mejor los objetivos y propósitos que se persiguen con su realización, y se aboga por una mayor participación de la población en el proceso de identificación de problemas, propuesta de soluciones y ejecución de acciones. En nuestros días, la literatura referida a la atención primaria de salud (APS) otorga una importancia estratégica al análisis de la situación de salud y considera a este como el instrumento capaz de facilitar el conocimiento de los problemas de salud de las comunidades y las intervenciones necesarias para su solución al nivel de los sistemas locales de salud (Silos).

Identificación de problemas. La participación activa de la población en el análisis de la situación de salud debe involucrar como actor principal a la comunidad, la cual tiene la responsabilidad de determinar, dentro de las alternativas disponibles, cuáles problemas están en condiciones de solucionar con éxito. Para ello es imprescindible comenzar por la identificación del problema. Es importante precisar que *problema* es un estado de insatisfacción de personas o grupos ante hechos reales, presentes o anticipados, que no permiten llegar a un fin o meta. Está fundamentado en experiencias, conocimientos y expectativas. Es una situación de incompatibilidad de objetivos, conocimientos y emociones, dentro o entre personas o grupos que conducen a una interacción antagónica y de oposición (necesidades, obstáculos,

conflictos, aspiraciones, valores, daños y riesgos). La identificación del problema comprende tres pasos. El primero de ellos es la *aceptación del problema*. Cada miembro de la población de un sector atendido por el médico y la enfermera de la familia tiene un espacio direccional, es decir, la delimitación de las fronteras entre lo que un actor califica como problema y lo que considera realidades inevitables. Si un actor social incorpora un problema a su espacio direccional, lo convierte en demanda social y, por ende, está dispuesto a la acción; en tanto que si lo considera una situación inevitable, lo acepta con disgusto, pero no lucha por resolverlo. La negación del problema lleva a la inacción. El consenso positivo en cuanto a la identificación de un problema es movilizador de acciones concertadas para enfrentarlo. El segundo paso es la *definición del problema*, lo cual implica enunciar el problema y describirlo en cuanto a la dimensión y el valor que tiene para los diferentes actores sociales. La percepción de los problemas es diferente en cada persona, de manera que es difícil un acuerdo unánime en su calificación. El tercer paso es la *explicación del problema,* la cual se realiza mediante el análisis de los antecedentes, la situación actual, los escenarios futuros y las circunstancias. En este paso debe responderse a la pregunta ¿por qué se produjo y qué consecuencias puede traer?, lo cual permitirá diferenciar las causas de los efectos. La base para la explicación del problema está en las estimaciones cuantitativas (indicadores) y cualitativas (valoración de la comunidad) que influirán en la determinación del riesgo actual y en la predicción del futuro.

Observación e interacción. El análisis de la situación de salud, además del aspecto médico y social tiene un carácter histórico, pues se refiere a un espacio y un tiempo determinados; pero también posee un carácter ético, dado en su propia esencia, en su condición de investigación clínica, epidemiológica y social. Para diagnosticar es preciso indagar, explorar, investigar. Cuando se trata de un diagnóstico clínico, hecho a una persona en particular, la entrevista médica y el examen físico del paciente son las técnicas de investigación que primero se utilizan y ello obliga a establecer una determinada relación médico-paciente. Pero para que pueda establecerse esta relación existe la premisa de aceptación, por ambas partes, de iniciar esta relación. En ella cobra especial importancia la capacidad de observación y de escucha del médico. Pero cuando se trata de hacer un diagnóstico de salud a una familia o a una comunidad la interacción del médico con los sujetos que atraen su atención se vuelve mucho más compleja. La capacidad de observación trasciende su habitual entrenamiento para los cambios biológicos, para centrarse más en los cambios psicológicos y sociales de los grupos poblaciones que atiende. Aquí no solo tiene que desarrollar más la observación, sino también la capacidad de escuchar y de callar los múltiples problemas que afectan la intimidad de las familias. En esta interacción, en no pocos casos, las personas que forman parte de esas familias y comunidades no tienen la percepción de que su estado de salud pueda estar afectado; en otros, no están suficientemente informados acerca de cómo puede influir, en el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades, adoptar estilos de vida saludables.

Cuestiones éticas. Existen muchas cuestiones, desde el prisma de la ética, en el análisis de la situación de salud. Un aspecto muy importante está relacionado con el propio proyecto del diseño, donde no es posible escribir "material" y método, puesto que la investigación pretende estudiar a "sujetos". Otro elemento de gran relevancia es el cumplimiento de los principios éticos que se exige en toda investigación en la que están involucrados seres humanos: a) Explicitar el propósito beneficente de la investigación, identificando los problemas de salud de las personas, familias y comunidad, así como los factores de riesgo de enfermar, de modo que pueda realizarse la búsqueda oportuna de las mejores alternativas para su solución. b) Garantizar la calidad de los medios para lograr el fin propuesto: además de la aplicación de técnicas cuantitativas, utilizar técnicas cualitativas de carácter participativo desde el momento mismo de la etapa de identificación de los problemas de salud, pasando por el establecimiento de prioridades hasta llegar a la búsqueda de las alternativas de solución. c) Evaluar los riesgos de las consecuencias inmediatas y mediatas de la aplicación de la investigación relacionados con el descubrimiento de nuevas necesidades de salud en su concepto más amplio, en no pocos casos en los que todavía el sistema nacional de salud o la sociedad en su conjunto estén en condiciones de aportar las soluciones adecuadas, creando con ello nuevas expectativas sin posibilidades inmediatas de satisfacción para las personas, familias y comunidades. d) Ofrecer toda la información requerida sobre el propósito de la investigación, sus riesgos y beneficios: explicar que la identificación de los problemas de salud y los factores de riesgo de enfermar pueden contribuir a mayores preocupaciones de las personas frente a la posibilidad de nuevos peligros, pero también permite que las personas enfermas comiencen de inmediato el tratamiento adecuado para curarse o rehabilitarse, según sea el caso; o modificar estilos de vida nocivos a la salud para prevenir enfermedades y fomentar la salud, en otros. e) Obtener el consentimiento de las personas involucradas para incluirlas en la investigación tomando en cuenta

que en el estado de salud no solo intervienen aspectos de carácter objetivo, tanto en los planos biológico, psicológico y social, sino también en el plano subjetivo, relacionado con la forma de percepción individual y grupal acerca del fenómeno salud-enfermedad, prever que muchas personas no desean saber mucho acerca de su verdadero estado de salud por miedo al futuro; mientras que otras no acuden al médico porque no se les ha ayudado a modificar su percepción acerca de su real estado de salud y con ello no han podido identificar sus verdaderos problemas de salud, de manera que a todas hay que acercarse, explicarles y solicitarles su inclusión voluntaria. f) Respetar el derecho a la no discriminación en la inclusión y/o exclusión de la muestra: en los estudios en los que se utilice una muestra poblacional, en el caso del ASIS se dan estos casos en grupos poblacionales de riesgo, respetar el derecho de inclusión a todos aquellos que estén comprendidos en las características del grupo a estudiar, así como no excluir a nadie que no desee voluntariamente ser excluido. g) Respetar el derecho al anonimato y a la confidencialidad de los resultados: respetar el derecho a que los resultados que se publiquen no permitan la identificación de las personas, la familia o la comunidad que no desee ser identificada, así como guardar el secreto relacionado con información concerniente a la vida íntima personal o familiar.

Referencias

M. C. Amaro Cano, "La ética del análisis de la situación de salud", en G. Toledo Curbelo, *Salud pública*, La Habana, Ecimed, 2005. - R. Borroto Chao, M. Liz Álvarez, "Diagnóstico comunitario de la situación de salud", *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Vol. 12, N.º 3, 1996. - S. Martínez Calvo, H. Gómez de Haz, "Análisis de la situación de salud", en *Comunidad. Temas de medicina general integral*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2001, t. 1, pp. 281-286. - A. Ochoa Alonso, L. Selva Suárez y E. Rodríguez Pupo, "El análisis de la situación de salud. Una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria", en *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1996, Vol. 12, N.º 4. - F. Sansó Soberats, "Análisis de la situación de salud en Cuba", en *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 29, N.º 3, Jul.-Sep., 2003.

Atención primaria de salud

María del Carmen Amaro (Cuba) - *Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García*

Atención primaria y sistemas nacionales de salud. En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunida en Alma-Ata adoptó la atención primaria de salud (APS) como estrategia válida para el logro de la salud para todos, con acciones como: 1. Considerar al sistema de salud como un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social; 2. Atender sanitariamente a toda la población sin restricciones de ningún tipo; 3. Brindar acceso a los más necesitados como una aplicación del principio de equidad; 4. Incorporar la comunidad al sistema de salud para que participe activamente en la identificación, priorización y solución de sus principales problemas de salud; y 5. Extender la cobertura de los servicios de salud y el mejoramiento ambiental. La atención primaria debe ser entonces parte de un sistema nacional de salud (su núcleo), y parte fundamental del desarrollo económico y social de la comunidad. Debe llevar la atención de la salud lo más cerca posible al lugar donde residen y se educan sus integrantes, prestando los servicios de promoción, protección, curación y rehabilitación de la salud. El sistema de servicios sanitarios nacionales domina en catorce países (nueve europeos, cuatro asiáticos y Cuba) que constituyen el 33% de la población mundial. La mayoría de ellos son industrializados o en vías de rápida industrialización y los servicios sanitarios nacionales cubren a toda la población. Entre las naciones industriales capitalistas fue Gran Bretaña la primera en establecer dicho servicio en 1948, donde el sistema cubre a toda la población. La tendencia mundial apunta a un servicio nacional de salud. No obstante, resulta evidente la necesidad de mejorar la capacidad resolutiva de la atención primaria de salud, para lo cual no solo hay que pensar en cambios organizativos, sino también reconsiderar las funciones de los profesionales de enfermería que se desempeñan en ese nivel de atención, facilitándoles asumir el liderazgo de la atención domiciliaria, en la que se requieren mucho más los cuidados, que constituyen su especialidad. Pero para que todo ello sea posible es necesario brindar más información a la población para que conozca qué puede ofrecerle este nivel de atención y de esta forma se incremente su confianza en el médico y enfermera de la familia. Las personas, que están cada vez más informadas y, en consecuencia, más capacitadas para participar activamente en la conservación de su salud, demandan, con razón, que en este escenario los profesionales de salud garanticen un mayor acceso, con óptimas garantías de seguridad, calidad y rapidez, de modo que disminuya cada vez más el riesgo que representa la angustia de esperar un diagnóstico o un tratamiento. Por todas estas razones se hace necesario precisar los aspectos éticos de la atención primaria que presentan diferencias con los otros niveles de la atención de salud, como la tradicional relación médico-paciente, el tipo de atención de salud, la organización de los servicios, la participación comunitaria y la toma de decisiones.

La relación médico-paciente y la participación comunitaria en APS. La relación de atención no solo debe establecerse con pacientes o enfermos sino con personas sanas y con riesgo de enfermar. La relación bilateral médico-paciente debe extenderse a otros profesionales (enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, tecnólogos de la salud, farmacéuticos y otros). Debe haber continuidad en la atención a lo largo del tiempo, lo que implica un mayor y mejor conocimiento de la persona, incluyendo sus preferencias, sistema de valores, capacidad de autodeterminación, etc. Ha de tenerse una perspectiva global que tenga en cuenta las circunstancias familiares, económicas y socioculturales de las personas. Ha de practicarse una orientación familiar, siendo necesario para ello contar con la familia del paciente –que puede desempeñar una función de colaboración o de dificultad–, para la aplicación de medidas asistenciales y preventivas. En cuanto a la participación comunitaria, se incluye a representantes tanto formales como informales. En muchos casos los profesionales y directivos de salud se sienten satisfechos cuando logran establecer una relación de colaboración entre los líderes formales e informales de la comunidad; pero en otros –bastante frecuentes, lamentablemente– desconocen su existencia o, en el mejor de los casos, solo tienen en cuenta los criterios de los representantes formales. La participación es activa desde su primera etapa. En un porcentaje elevado, los profesionales de la salud de la atención primaria consideran cumplida la incorporación de la comunidad a las acciones de salud si logran su participación en la etapa de solución de los problemas; pero pocos todavía se percatan de las ventajas de su incorporación desde la etapa de identificación. Ello es la expresión del respeto a la autonomía de la comunidad o, lo que es lo mismo, el respeto a su derecho a expresar lo que realmente percibe como problema, y priorizar aquellos que más la afectan.

Tipo de atención, organización de los servicios y toma de decisiones en APS. La atención sanitaria es integral y no solo curativa y de rehabilitación, sino también preventiva y de promoción de la salud, que se ofrece a un grupo poblacional específico (mujeres embarazadas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos medianos y adultos mayores, entre otros) o a toda la población. Esto incluye actividades de educación directamente conectadas con los valores de las personas, sus familias y la comunidad a la que pertenecen. Existe una focalización de los principales grupos de riesgo (factores de riesgo modificables y no modificables) que puede desviar la atención del enfoque familiar y global. Y hay posibilidad de exigencias injustificadas, como recetas, certificados médicos, pruebas complementarias o derivaciones a especialistas, que pueden causar problemas éticos al profesional. En cuanto a la organización de los servicios, el sistema de trabajo es en equipo y pueden derivarse problemas en temas de distribución de recursos, tanto económicos (donde se realice autogestión), como en el tiempo de los profesionales, así como de varias personas poseedoras de información confidencial con riesgo de violación del secreto profesional. La estructura física del centro de salud es de fácil acceso a los archivos con trasiego habitual de historias clínicas, lo cual puede dificultar la salvaguarda de la confidencialidad. Respecto a la toma de decisiones, estas no acostumbran a ser urgentes, disponiéndose de más tiempo para consultar con otros miembros del equipo, así como con la propia persona implicada y su familia cuando no se tiene en claro lo que debe hacerse. Las decisiones no suelen ser irrevocables y pueden rectificarse a lo largo de un proceso según su desarrollo, o permitir que transcurra un plazo antes de la decisión definitiva.

Problemas éticos en atención primaria. La atención primaria de salud no está exenta de confrontar también dilemas éticos, derivados de la práctica clínica, epidemiológica y social que se realiza cotidianamente en este nivel de atención a partir del análisis de la situación de salud. Entre los más frecuentes se encuentran los relacionados con la focalización de la atención, los resguardos de confidencialidad, la atención domiciliaria, la modificación de los estilos de vida y la equidad en la atención sanitaria. 1. Respecto a la focalización, esta puede usarse con un criterio técnico sin descuidar la atención básica integral a la comunidad. Esto ocurre, por ejemplo, con grupos poblacionales necesitados de atención especial, como los adultos mayores. Aunque las sociedades modernas tienen la obligación de garantizar que las personas mayores tengan cubiertas sus necesidades básicas y que dispongan de los recursos suficientes para seguir viviendo de forma útil y satisfactoria dentro de la comunidad, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales, como consecuencia de la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social, por lo que requieren una atención focalizada por parte de un equipo multiprofesional que actúe interdisciplinariamente. 2. Con respecto a la confidencialidad, este es un derecho del paciente y, por tanto, un deber de todo profesional de salud, al custodiar la información relativa a cada persona y familia que atiende. Los datos confesados por la persona o familia o conocidos a través de la relación profesional nunca podrán revelarse, salvo por razones de salud pública o por imperativo legal, con las debidas restricciones. Sin embargo, se

dan casos donde surge la duda, como ocurre con las personas VIH positivas, la familia que acude a la consulta en lugar del paciente, médicos de empresa, tribunales de justicia, etc., recabando información acerca del paciente. Otros problemas recientes son los derivados de la codificación de datos clínicos y su registro informático y la conexión de las terminales de los centros de salud a redes generales de datos. 3. Los problemas derivados del ingreso en el hogar surgen de esta nueva modalidad de la atención de salud en el nivel primario de atención, que reclama una alta responsabilidad moral de los profesionales de salud, en especial médicos y enfermeras, quienes deberán realizar sus acciones de salud en el propio hogar de sus pacientes. Con el ingreso en el hogar, especialmente en el caso de pacientes requeridos de cuidados paliativos por enfermedades en estadio terminal, pueden aparecer algunos dilemas éticos, entre ellos cumplir o no con el principio de veracidad en el diagnóstico para satisfacer al paciente o a su familia. 4. Los problemas relacionados con la modificación de estilos de vida emergen en atención primaria porque se concede especial importancia a la detección precoz de factores de riesgo en las personas para intervenir a través del consejo individual o de otras actividades de educación para la salud. En relación con este tema es difícil calcular hasta dónde se puede llegar ejerciendo presión "sobre" la persona, o saber si se está respetando sus valores y autonomía, debatiendo *con* ella las consecuencias nocivas de determinado estilo de vida para su salud y los beneficios que le reportaría modificarlo, tratando de convencerla de esto último. 5. Finalmente y respecto a la equidad en la asistencia, además de influir en la gestión de los recursos económicos a través del cuidado del gasto farmacéutico, exámenes complementarios del diagnóstico clínico, etc., todos los profesionales de atención primaria tienen a su disposición un importante recurso: el tiempo. Su distribución viene condicionada, en parte, por los programas del área, la presión asistencial o el horario del centro, pero dentro de estas limitaciones cada profesional es el último responsable. Este reparto no debe ser igualitario, sino equitativo, dedicando más atención a quienes más lo necesiten, lo que muchas veces plantea dificultades para llevarlo a la práctica y, en ocasiones, genera dilemas éticos. En general, se tiende a hablar más con las personas más agradables (cultas, simpáticas…); y se dedica más tiempo a los que más lo demandan, que a menudo no son los que más lo necesitan. En muchas ocasiones las personas con más carencias sociales y sanitarias acuden poco a la consulta, por motivos diversos, y es preciso que los médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales vayan a su encuentro para su seguimiento.

Referencias

Agustín Bartomeo y coautores, *La salud y la enfermedad en la atención primaria,* Buenos Aires, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H. A. Barceló, 1998. - Armando Martín Zurro, *Una atención primaria más resolutiva,* Dimens Hum, 2002. - IX Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, La Habana, marzo 2006. - M. N. Martín Espíldora, "Bioética y atención primaria", en *Cuadernos de Bioética*, Vol. 35, Nº 3, Galicia, 1998.

Atención clínica y contexto social

Jorge Otero Morales (Cuba) - *Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán*

La clínica y el enfermo como particular concreto. *Clínica* viene del latín *clinice*; y este del griego *κλινκη*, de *κλινη*, que significa cama o lecho. Si asumimos que la imagen que simboliza a un enfermo es la de un individuo en cama, es factible aceptar, desde el punto de vista etimológico, que clínica es un término referido al enfermo. En correspondencia con su etimología, la Real Academia Española le asigna al vocablo tres acepciones: ejercicio práctico de la medicina relacionado con la observación del paciente y su tratamiento; conjunto de manifestaciones de una enfermedad; y establecimiento sanitario donde se diagnostica y trata a un paciente. Clínica distingue, por tanto, desde el punto de vista lingüístico: actos, hechos e instituciones vinculados propiamente con el enfermo, es decir, el ente real, concreto e individual donde se manifiesta, produce y origina la enfermedad. Esta vinculación de clínica a acciones que tienen como objeto un enfermo en particular y la enfermedad que este sufre concretamente, como ente individual, es lo que ha permitido contraponer este vocablo al de *patología*, término que suele emplearse en el ámbito médico como sinónimo de *entidad nosológica* y de *especie morbosa*, por cuanto significa la enfermedad en su concepción científica, es decir, como especie o entidad abstracta y universal en la cual solo suelen delinearse aquellas manifestaciones, hechos o situaciones que se presentan con regularidad en un conjunto determinado de enfermos (Gracia, 2001). Esta distinción entre la clínica como expresión del hecho concreto y singular, y de la patología como la concepción abstracta y universal de la existencia de este hecho en un conjunto de enfermos, resulta esencial para comprender el valor que tiene la utilización del vocablo clínica como adjetivo. Así, cuando nos referimos a la ética clínica o la farmacología clínica, lo que se quiere realmente significar con estos términos es que el quehacer ético y farmacológico en estos casos está orientado a solventar situaciones concretas y particularizadas del paciente y no situaciones universales y abstractas de

la ciencia correspondiente. Por ello el término clínico ya implica por sí mismo una concepción metodológica.

La atención clínica según el contexto social del sistema de salud. En correspondencia con lo expuesto es dable definir inicialmente el concepto de *atención clínica* como aquella atención médica que tiene como objeto el enfermo propiamente dicho, es decir, el ente como tal que sufre el proceso de enfermedad, y cuyo fin es solventar situaciones diagnósticas y terapéuticas en relación con el proceso de enfermedad que este sufre concretamente. Esta concepción de atención clínica suele armonizar bien con el sentido lato que en la práctica cotidiana del lenguaje se le dispensa al término desde hace años y puede temporizar, por demás, también muy bien, en el contexto social de una medicina netamente hospitalaria, curativa, personalista y especializada, propia de la segunda mitad del siglo pasado y que todavía subsiste en muchos países en vías de desarrollo. Sin embargo, en el contexto social de países donde el sistema de salud se sustenta en la atención primaria, la definición expuesta puede resultar un tanto inapropiada, ya que en este contexto las acciones, en aras de promocionar la salud y prevenir las enfermedades, no están solo orientadas al individuo enfermo, sino también al paciente supuestamente sano e incluso a la familia y a la comunidad. Para contemporizar con la existencia de ambos contextos sociales es preferible definir atención clínica como la atención profesional, médica o sanitaria, que tiene como objeto el individuo, la familia y la comunidad, y cuyo fin es solventar las situaciones de salud que se presentan, empleando con este propósito una metodología afín a la clínica. Debemos aclarar que la definición expuesta no contraviene la esencia del término clínica, pues este sigue significando ese quehacer que tiene como objeto el caso concreto, solo que ahora *caso* no es únicamente el enfermo, sino también el individuo aparentemente sano, la familia y la comunidad. Esta concepción de la clínica, en la cual caso puede ser también la comunidad propiamente dicha, si se le enfoca como una unidad existencial concreta y singular, es lo que hizo posible que a mitad del pasado siglo surgiera la epidemiología clínica, orientada al diagnóstico y al tratamiento de las situaciones de salud que afectan concretamente a una comunidad. Por último, valga significar que cuando nos referimos a la atención clínica no solo nos estamos refiriendo a la *atención técnica*, sino también a la *atención ética*. De ahí que, en el contexto de la atención primaria, la ética clínica no solo está obligada a considerar situaciones que atañen al individuo, sino también a la familia y a la comunidad.

Referencias

P. Laín Entralgo, *Antropología médica para clínicos*, Barcelona, Salvat, 1984. - D. Gracia, Procedimientos de decisión en ética clínica, Madrid, Eudema, 1991. - D. Gracia, "La deliberación moral: el método de la ética clínica", en *Medicina clínica*, Barcelona, 117: 18-23, 2001. - D. Gracia y J. Júdez, *Ética en la práctica clínica*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud, Editorial Triacastela, 2004.

Atención clínica del paciente crónico

Marco Taché Jalak (Cuba) - *Hospital Militar Central Doctor Carlos J. Finlay*

Complejidad de la atención en el paciente crónico. Las enfermedades crónicas constituyen uno de los más importantes problemas de salud y tienen un gran interés social por la cantidad de personas que las padecen, afectan a la población de distintas edades, género, nivel socio-económico, por el lugar que ocupan en el cuadro de mortalidad, alto, en los países desarrollados y causa significativa de muerte en los países en desarrollo. Algunas de las definiciones señalan a estas enfermedades como de etiología incierta, con prolongado curso clínico, sin resolución espontánea en el tiempo, entre los hechos más sobresalientes que las caracterizan. Dentro de las enfermedades crónicas se incluye una variedad de afecciones que afectan a uno o más sistemas del organismo. La naturaleza de estas enfermedades sitúa en un primer plano al individuo que la padece, a la forma en que este encara su situación y al medio que lo rodea, ya que con mucha frecuencia se encuentra también involucrada la familia, en especial cuando se trata de niños, ancianos o discapacitados. Además, en lo que se refiere a su atención, algunos enfermos crónicos en algún momento de su tratamiento requieren la participación de más de un especialista, y otros de lo que suele llamarse grupo multidisciplinario, hecho que determina cierta complejidad en la relación médico-enfermo. En todo este complejo proceso que constituye una adecuada relación entre el médico y el enfermo intervienen diferentes factores, unos dependen del médico, otros del enfermo y otros del sistema de salud. La relación médico-enfermo entre iguales, que es esencial para facilitar la decisión autónoma del enfermo crónico, transcurre por distintas circunstancias, como son: la convicción del médico de que esto es imprescindible para lograr un adecuado comportamiento ético, la capacidad intelectual del enfermo, su característica de personalidad, el contexto donde se desarrolla la entrevista (casi siempre un hospital o un consultorio que puede crear temor). Tampoco hay que olvidar que el enfermo acude al médico buscando una respuesta o alivio a su dolencia de aquel que sabe más. Los patrones culturales y religiosos de

los enfermos tienen importancia sobre todo en determinadas conductas que tienen que observar los enfermos con afecciones crónicas. Entre las complejidades que acompañan a estos enfermos se encuentra la que concierne a las investigaciones diagnósticas, con la introducción de nuevos métodos de investigación que no siempre resultan inocuos por su carácter invasivo. Un patrón éticamente aceptable, antes de solicitar una prueba que implique algún riesgo, es aquel que determine en qué medida su resultado puede cambiar el tratamiento o tener influencia en el desenlace final del paciente. Otras veces estas indicaciones implican no solo diagnóstico, sino también tratamiento y suelen ser realizadas por un especialista que no ha tenido relación con el enfermo. Es imprescindible que esa decisión sea valorada por el médico con el enfermo. Durante la entrevista o las sucesivas entrevistas con el enfermo este puede estar influenciado por los criterios de la medicalización presentes no solo en el lenguaje cada vez más común en los medios de comunicación, sino también en la conducta de muchas personas o familiares que tengan cierta ascendencia sobre él. Toda esta complejidad plantea diversos problemas éticos.

De la ética hipocrática a la bioética. La ética tradicional practicada por los médicos durante más de veinticinco siglos, con origen en el Juramento Hipocrático y con cambios que en distintas épocas y circunstancias la adaptaron a los distintos patrones culturales y de moralidad prevalecientes, se mantuvo hasta más allá de la segunda mitad del siglo XX. Esta ética tradicional se basa en el carácter benéfico del ejercicio de la medicina y en el conocido principio de no hacer daño al enfermo. Toda la responsabilidad de la conducta ética recae en el médico y es esta la razón fundamental por la que a este tipo de relación entre el médico y el enfermo se le denomina paternalista. La emergencia de la bioética como un estudio sistemático de los aspectos éticos de la medicina y la biología en general ocupó, por diferencia con la ética médica tradicional, el espacio que el desarrollo de la sociedad y de la ciencia requería a mediados del siglo veinte. La bioética reformuló así a la ética médica. Según Potter, creador del término, la *bioética* no solo involucra a los individuos sino que incluye su relación con la sociedad y evalúa las consecuencias de la tecnología, con lo cual esa amplitud abre un nuevo camino a la reflexión ética. La concepción principialista de la bioética postuló cuatro principios éticos como rectores de la práctica en medicina: *autonomía*, *beneficencia*, *no maleficencia* y *justicia*. Aunque a diario aparecen publicaciones sobre determinadas enfermedades crónicas vinculando algunos de los principios éticos, estos no han sido tratados en toda su amplitud. Es razonable pensar que en la atención a los enfermos crónicos ha de respetarse el principio de autonomía como un derecho, en tanto que el médico atiende a los de beneficencia y no maleficencia, y la sociedad debe garantizar al de justicia. Sin embargo, no todos los que trabajan en bioética están de acuerdo con este enfoque filosófico, en especial en lo concerniente al lugar del principio de autonomía y su relación con el de justicia. El principio de autonomía es uno de los grandes aportes de la bioética, pero no es el único que debe respetarse. En muchos países de América Latina los pacientes con afecciones crónicas no tienen oportunidades de acceder a los servicios de salud, por tanto para ellos el principio de justicia es el más importante. Muchas de las enfermedades crónicas son prevenibles al tener en cuenta los factores de riesgo hace tiempo identificados, como el tabaquismo, el alcoholismo, la dieta inadecuada. Otras dependen de la precariedad en las condiciones de vida de una parte importante de la población. Tener presentes estos factores para realizar programas en la prevención de determinadas enfermedades crónicas y procurar la posibilidad de la asistencia sanitaria para todos los que la padecen es parte del principio de justicia.

El respeto de la autonomía en el paciente crónico. El vínculo tradicional entre médico y enfermo le otorgaba el papel hegemónico al médico. En ese contexto no es posible una decisión autónoma. Cada vez se hizo más evidente la necesidad de que los enfermos con padecimientos crónicos tuvieran una participación activa y decisiva en el control de su enfermedad. Así, el respeto del principio de autonomía constituye uno de los pilares de la ética de la atención del paciente crónico y es el elemento alrededor del cual se erige una nueva concepción de la relación médico-enfermo. Esto es el resultado de un proceso histórico que reforzó la individualidad y la propia responsabilidad del individuo con todo lo concerniente a su salud, y puso el énfasis en el hecho de que en resumen él gestiona su propio cuerpo, no le entrega esa gestión al médico, pero para que pueda garantizarse esta autonomía el enfermo debe estar en plena capacidad de ejercerla, además de poseer toda la información que requiere para tomar una decisión. Por tanto, la relación entre el enfermo y el médico adquiere otra dimensión. El manejo por parte del enfermo de una amplia información sobre todos los aspectos de su enfermedad y una relación médico-enfermo entre iguales son determinantes para el éxito en el tratamiento del enfermo crónico. En muchos casos el enfermo no solo tiene que estar atento a la evolución o los síntomas para tomar un medicamento, debe además modificar hábitos de vida y conductas. Por esa razón no basta que tenga información sobre

algunos riesgos derivados de incumplir con las indicaciones médicas y conocer determinadas habilidades para aplicarse algún tratamiento, también debe tener la información adecuada de su enfermedad incluyendo su evolución y pronóstico, así como los riesgos y ventajas del tratamiento. La atención de determinados enfermos crónicos, por ejemplo, requiere tratamiento quirúrgico. Tanto el médico de asistencia como el cirujano, lo mismo si es consultado que si forma parte del equipo que trata al enfermo, tienen que ofrecer toda la información de las ventajas, posibles complicaciones y riesgos del procedimiento. Debe quedar bien claro para el enfermo que se le propone este procedimiento luego de evaluar los riesgos y los beneficios que puedan derivarse de su intervención. Una vez en conocimiento de esto puede el enfermo estar en condiciones de tomar una decisión. Cuando la conducta quirúrgica esté indicada en un niño, anciano o en personas que hayan perdido la capacidad de decidir este criterio debe ser ofrecido a los familiares. Se recurre con mayor frecuencia a los trasplantes para tratar padecimientos crónicos. Al proponerle al enfermo uno de estos procedimientos hay que tener presente que son técnicas que no solo implican riesgo como el del rechazo, sino que también tienen implicaciones éticas, ya que cada individuo, como un ente moral, tiene sus propias convicciones. De ahí la importancia de establecer un vínculo muy estrecho entre el equipo que trata al enfermo y ofrecerle todo tipo de ayuda psicológica y moral para asistirlo en su decisión. Se debe tener presente que entre otros aspectos el principio de autonomía se basa en la dignidad del enfermo que es imprescindible respetar. Como responsable de gestionar todo lo concerniente a su salud es aquí donde debe actuar con pleno conocimiento y ejercicio de su autonomía.

De la autonomía al empoderamiento. La atención clínica de los enfermos crónicos transcurre, como toda la práctica de la medicina, en medio de los avances constantes de la ciencia y de la revolución tecnológica en el campo de la biomedicina y de las imágenes. En su definición la bioética considera al individuo en toda su relación social, cultural, religiosa, y esto está presente en cada una de las actuaciones que deben ser realizadas. El equipo médico debe dar toda la información a los familiares de estos enfermos para que ellos puedan auxiliarlos en tomar una decisión, o tomarla por aquellos que no pueden hacerlo por sí mismos, como ocurre con los niños. En el caso del enfermo crónico la información debe estar fundamentada de forma clara para despejar la incertidumbre que siempre existe hasta que se logre la variable más acertada para el enfermo, que es uno de los fundamentos de la entrevista. En muchas ocasiones suele completarse la información y concluir la entrevista con la firma del enfermo, el llamado *consentimiento informado*, ratificando que el paciente está de acuerdo en someterse a un estudio de laboratorio, una prueba con determinados riesgos o una intervención quirúrgica. Sin embargo, algunos estudios señalan que en no pocos casos esos documentos son firmados sin un conocimiento completo de lo que se expresa en ellos. A veces debido al lenguaje técnico que no se aclara, otras, al nivel del enfermo, o a las condiciones psicológicas en que se encuentra. Esto reafirma que durante la entrevista hay que dedicar un tiempo a comprobar que no existen dudas. Por eso, al reafirmar el enfoque basado en la autonomía, recientemente ha surgido el concepto de *empoderamiento*, que se basa en el criterio de que los enfermos crónicos (como los que padecen diabetes), asesorados por el criterio del médico, tienen toda la responsabilidad en su tratamiento aunque son ellos mismos quienes cuidan de su enfermedad.

Referencias

T. Beauchamp y L. McCullough, *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*, Barcelona, Labor, 1987. - X. Berrios Carrasola, "La prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles del adulto. Conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria", *Boletín Escuela de Medicina*, Universidad Católica de Chile, 1, 3, 1994. - D. Gracia, "De la bioética clínica a la bioética global. Treinta años de evolución", *Acta Bioética* VIII, N.º 1, 2002. - H. Tristram Engelhardt, *Los fundamentos de la bioética,* Barcelona, Paidós, 1995.

Seguridad social

Jorge Mera (Argentina) - *Universidad Torcuato Di Tella*

El concepto de seguridad social. Es el conjunto de medidas destinadas a proteger a la población contra las necesidades derivadas de las contingencias sociales y de allí su relevancia moral. El origen moderno de la seguridad social se remonta a la Prusia del Canciller Bismarck, donde en 1883 se constituyó un seguro de enfermedad, que recién más tarde fue seguido por otros relativos a previsión social. Inicialmente el seguro solo cubría a los trabajadores, no a sus familias, por cuanto el interés principal de la medida era contribuir a la disponibilidad de una mano de obra sana y productiva y, además, disminuir el predicamento de la socialdemocracia, por entonces un partido casi revolucionario. El sostenimiento mediante contribuciones sobre el salario y la administración compartida aún caracterizan a las entidades que siguen este modelo como "bismarckianas". En la Gran Bretaña de la Segunda Guerra Mundial, Lord Beveridge postuló un sistema, finalmente instaurado

por el gobierno laborista hacia 1948, con cobertura universal y administración estatal en un Servicio Nacional de Salud, que caracteriza a este tipo de organizaciones como "beveridgianas".

La seguridad social en América Latina. La seguridad social se desarrolló en nuestra región con posterioridad a la creación de servicios públicos de salud, abarcando principalmente población empleada de zonas urbanas. La Caja del Seguro Obligatorio en Chile es de 1924, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) nace en 1943, el primer antecedente de seguro social obligatorio en Argentina, la Dirección General de Previsión Social para el Personal Ferroviario, es de 1944, y, de hecho, en forma velada o manifiesta ha habido cierta rivalidad entre salud pública y seguridad social en cuanto a la preferencia de los gobiernos y de los actores sociales por apoyar una u otra forma de proveer servicios de salud a la población. Una breve reseña de países seleccionados muestra la actualidad del movimiento de la seguridad social en la región. En ese contexto, en Argentina suele designarse como seguridad social al agrupamiento de las obras sociales que, por su naturaleza, son tratadas aparte. En Brasil, la política nacional de salud se fundamenta en la Constitución Federal de 1988, que fijó los principios y directrices para la atención de la salud en el país, prestada por medio del Sistema Único de Salud (SUS), en el cual se articularon los servicios públicos de salud y la seguridad social. El número estimado de brasileños cubiertos por lo menos por un seguro de salud, en 1998, representaba el 24,5% de la población del país. De ese total, el 75% estaban vinculados a seguros de salud privados, y el 25% (9,7 millones), a seguros de instituciones patronales de asistencia al trabajador público civil y militar. La norma operativa vigente, instituida en 1996, tiene por objeto consolidar la gestión municipal del SUS, con la cooperación técnica y financiera del Gobierno Federal y de los estados. En Costa Rica, la reforma del sector salud comenzó a principios de la década de los noventa y a partir de 1994 se institucionalizó a través del proyecto de reforma sectorial con cuatro componentes: rectoría del Ministerio de Salud (MS), fortalecimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), readecuación del modelo de atención y modificación del sistema de asignación de recursos. Estos cambios trajeron la transferencia de trabajadores a la CCSS y los programas asistenciales. Con las nuevas modalidades de asignación de recursos, a partir de 1998 se transfieren fondos a los establecimientos y áreas de salud de la CCSS mediante los Compromisos de Gestión. Así, la CCSS atiende los riesgos de enfermedad y maternidad, y el Instituto Nacional de Seguros (INS) cubre los riesgos laborales y de tránsito. Las instituciones públicas reciben presupuesto estatal y la CCSS se financia con aportes de los patrones, obreros y Estado. En 1999, el 11% de la población no tenía seguro de salud. En México, la seguridad social cubre a los trabajadores de la economía formal (58 millones en el año 2000) y está compuesta por varias instituciones, cada una de las cuales se financia con contribuciones de los patrones, los empleados y el Gobierno. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución más grande, con cerca del 80% de los asegurados; después están el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Issste), Petróleos Mexicanos (Pemex), las Fuerzas Armadas y la Marina. El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos leyes generales: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social. Un número importante de Estados cuenta con Ley Estatal de Salud.

Las obras sociales en Argentina. Son las entidades que en Argentina corresponden a la seguridad social médica. En cuanto tales son los agentes del Seguro Nacional de Salud. La evolución de las obras sociales, como en muchos países donde se ha impuesto el concepto de la seguridad social, evidencia claramente el cumplimiento de tres etapas sucesivas. La primera etapa, *voluntaria,* muestra la aparición espontánea y dispersa de servicios sociales de diferente naturaleza –tanto de salud como de turismo y recreación– por lo general vinculados a la acción de las asociaciones gremiales de trabajadores. Este proceso se acelera a partir de los años cuarenta al mismo tiempo que se manifiestan signos de la segunda etapa: la del seguro social obligatorio. Lentamente, el Estado toma intervención en el tema y, con diferentes medidas de gobierno, convalida la previa existencia de obras sociales y crea directamente otras nuevas. Así, el Decreto 30.655/44 constituye la Comisión de Servicio Social con la finalidad de "*propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se prestan tareas remuneradas*". Esta intervención del Estado alentó sin duda la gestación y el crecimiento de diversas obras sociales vinculadas a sindicatos en el mismo momento en que –por su parte– el gobierno creaba otras obras sociales por ley o por decreto. Ejemplo de estos últimos casos son el decreto 9.644/44, que constituía la Dirección General de Previsión Social para Ferroviarios sobre la base de los servicios preexistentes conducidos por los sindicatos La Fraternidad y Unión Ferroviaria y la creación de las obras sociales de los ministerios del Interior (Decreto 41.321/47) y de Educación (39.715/48) y, ahora por leyes del Congreso, la constitución de la obra social de los trabajadores bancarios (Ley 13.987) y la de los trabajadores de la industria del vidrio (Ley 14.056). El

dictado de la Ley 18.610 (t.o.1971), que ordenó con criterio general el régimen de las obras sociales, cierra el período voluntario y señala la plenitud de la segunda etapa del desarrollo de la seguridad social médica: la extensión por intervención del Estado de la obligatoriedad legal de la afiliación y de la contribución pecuniaria de patrones y de empleados a las correspondientes obras sociales. Además, la ley consolidó la relación con los sindicatos, estableciendo que solo podrían ser titulares de obra social las asociaciones gremiales con capacidad de celebrar convenios colectivos de trabajo.

Situación de empleo y variación en el acceso a la atención de la salud. Las obras sociales cubren, por ley, a todos los trabajadores en relación de dependencia del régimen nacional y su grupo familiar. Por un lado, debiera decirse leyes porque las provincias tienen regímenes similares para sus empleados, así como los tiene el personal de las Fuerzas Armadas y de seguridad. Por otro lado, en Argentina el ingreso a los servicios sociales, entre ellos la cobertura de salud, se hace a través del empleo y, por ende, solo pueden recibir dicho beneficio quienes poseen un trabajo, de allí que las cifras de población efectivamente cubierta por una obra social varíen según las épocas y las regiones. El primer estudio de la cobertura de la seguridad social, por entonces parcialmente voluntaria, fue realizado hacia 1967-1968 por la Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales (Decreto 2318/67) y por la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales (Ley 17.230) y mostró que más de un tercio de la población tenía cobertura de obra social. Años más tarde, con el régimen en funcionamiento pleno, el Instituto Nacional de Obras Sociales informó una cifra del 75%, abultada tal vez por doble cobertura e informes sobrenumerados de las obras sociales, y el censo de 1991 arrojó una cifra del 57,6%, que en el grupo de población de 65 y más años alcanzaba el 85,3%, como resultado de la expansión de la obra social que cubre a los jubilados y pensionados (PAMI). En los últimos años se ha dado un decrecimiento de la cobertura poblacional de las obras sociales, vinculable a los problemas del mercado laboral en el país en la década de los noventa. Así, según cifras de la Superintendencia de Servicios de Salud correspondientes a 2005, el conjunto de las obras sociales nacionales cubría un total de 15.465.617 beneficiarios, o sea, un 40% de la población estimada por el Indec para ese año.

Variabilidad y asimetría en la atención de la salud por la seguridad social. La población de las obras sociales está distribuida en casi trescientas instituciones de distinto tipo. Así, la legislación prevé la existencia de obras sociales sindicales, las más numerosas, obras sociales estatales, obras sociales del personal de dirección y empresarios, obras sociales por convenio con empresas, etc. Asimismo, es muy variable y asimétrica la dimensión de dichas entidades. Las 20 mayores obras sociales, alrededor del 7% de los agentes del seguro de salud, cubren algo más del 40% de los beneficiarios. Las primeras 43 obras sociales en tamaño, alrededor del 15% de las entidades, agrupan a más del 50% de los beneficiarios. Los aportes de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores previstas por la legislación (leyes 23.660 y 23.661) fueron 3% y 6%, respectivamente, de la hoja de pagos o salarios de los trabajadores formales. Durante los años noventa en Argentina la alícuota de las contribuciones del empleador fue reducida del 6% al 5% (Decreto 492/95). En 2002, con la declaración de Emergencia Sanitaria, se restablecieron las contribuciones definidas originalmente por la Ley 23.660. La restitución originalmente fue establecida por decreto y luego fue incorporada en la Ley del Presupuesto Nacional (artículo 80). Asimismo, la mencionada Ley 23.660 previó que un porcentaje (10%) de esa recaudación por aportes y contribuciones fuera directamente destinado al Fondo Solidario de Redistribución, fijando la alícuota en 15% para el caso de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios. La legislación de emergencia (Decreto 486/02) incrementó dichos montos en cinco puntos porcentuales para las retribuciones que superaran los $1.000 mensuales. Las obras sociales provinciales (OSP) tienen un origen y una dependencia diferentes de las del sistema de las leyes relativas al Seguro Nacional de Salud (23.660 y 23.661) al cual no están sujetas, salvo que voluntariamente adhieran a ese régimen. Las OSP fueron creadas por leyes o decretos de los respectivos gobiernos provinciales para atender los requerimientos de bienestar social de los empleados públicos de su ámbito, junto con sus familias, incluyendo también los trabajadores de las municipalidades existentes en el territorio provincial. Hacia 1999 el conjunto de las OSP contaba con una cobertura de 5,2 millones de personas, o sea, alrededor del 14% de la población del país. A su vez, el caudal de afiliados voluntarios era muy reducido, oscilando entre el 2% y el 8% de los beneficiarios contribuyentes. En algunas ocasiones (en las provincias de Buenos Aires y Córdoba) las OSP están dedicadas solo a salud, desligadas de la prestación de otros servicios sociales, como jubilaciones y pensiones. En otros casos (provincias de Chaco, Jujuy, Misiones) un mismo Instituto de Seguridad Social agrupa tanto la atención de la salud como la previsión social. Por

cierto, la dispersión del conjunto es muy grande y reproduce la variación del tamaño y recursos que caracteriza a las provincias a las cuales pertenecen. En 1999 la obra social de la provincia de Buenos Aires abarcaba más de 400.000 personas cubiertas mientras la de Tierra del Fuego solo alcanzaba las 7.777. Esta obra social, en cambio, presentaba el más alto ingreso promedio mensual por beneficiario ($57), en tanto las OSP de las provincias de Salta, Tucumán y Catamarca no superaban los $15 mensuales, para un promedio general del sistema de OSP de $25,60. En su funcionamiento interno, sin embargo, las OSP no difieren mayormente del resto de las entidades de su tipo: se financian con aportes de los trabajadores y contribuciones del Estado provincial en cuanto empleador, carecen prácticamente de servicios propios y brindan sus prestaciones a través de profesionales y establecimientos del sector privado, con escasas conexiones con servicios públicos de salud, no obstante tener estos la misma dependencia.

Referencias

Jorge Mera (ed.), *Los servicios de salud en la Argentina*, Buenos Aires, Universidad Hernandarias, 1994. - William Beveridge, *Social Insurance and Allied Services* (The Beveridge Report), UK, 1942.

Atención integral de la salud

José Ramón Acosta Sariego (Cuba) -
Universidad Médica de La Habana

Justicia y calidad en la atención integral de la salud. La interpretación que se haga de lo justo constituye una cuestión moral de primer orden en el proceso de determinación de objetivos de los esfuerzos sociales para la atención integral de la salud, así como en la evaluación de la eficiencia y eficacia de los resultados obtenidos. La indagación a la población alrededor del proyecto del estado norteamericano de Oregón acerca del destino de los fondos públicos dedicados a la atención de salud, demostró las diferencias marcadas que pueden existir entre el criterio técnico-profesional y el de los usuarios de los servicios de salud acerca de las prioridades en materia de asignación de recursos. En el contexto contemporáneo se está manifestando una contradicción evidente del discurso, aún socialdemócrata de muchos académicos occidentales, inspirado en la justicia vista como equidad al estilo de Rawls, al que apelan los políticos de las llamadas democracias representativas, y la dureza de la realidad impuesta por el neoliberalismo. La cuestión de la atención integral de la salud no puede considerarse al margen del resto de los procesos sociales concomitantes, por lo que las reformas económicas neoliberales que se aplicaron en la mayor parte de América Latina a fines del siglo XX, fueron consecuentes con estos principios económicos que tienden a minimizar el papel del estado en cualquier actividad productiva o de servicios. Cada vez los mínimos decentes de la asistencia sanitaria previstos en la concepción socialdemócrata, en el contexto neoliberal, son más mínimos y han dejado de ser decentes. La aplicación mecánica de los criterios de eficiencia a la gestión de salud, ha viciado la imprescindible consideración moral en el análisis de la relación costo/beneficio del momento teleológico que constituye la distribución y utilización óptima de recursos escasos. Si la economía de la gestión de salud es esencial para cumplir con el principio de justicia, el utilitarismo duro atenta contra la integridad y la dignidad humanas.

Concepción economicista de la medicina gerenciada y eficiencia. Atención primaria y calidad. La actual preocupación por la calidad y eficiencia de la gestión de salud, si bien no es un fenómeno nuevo, en los últimos años ha adquirido un cariz particular en la medida en que se han incorporado cada vez con más fuerza criterios económicos como parte de los indicadores que sirvan a la evaluación de los resultados de la misma, favoreciendo la instauración de un nuevo paradigma de gerencia sanitaria que rebasa el sector privado y se extiende también al público, el cuál en gran medida ha estado signado por el producto más acabado de la tercera reforma de la organización de los servicios de salud en Estados Unidos, el *managed care,* o medicina gerenciada. *La estructura de la situación de salud en el mundo indica que las necesidades más perentorias de la población tienen su solución en el nivel primario de atención y no en los hospitales*. La privatización galopante de los servicios incorpora las prestaciones de salud a los mecanismos del mercado, lo cual conlleva un interés marcado por las actividades más rentables que son las curativas consumidoras de complicados y costosos medios diagnósticos y terapéuticos, especialmente las que requieren un régimen estacionario porque incluyen las ganancias adicionales provenientes de la "hotelería hospitalaria", en detrimento de las acciones de prevención y promoción de salud que restarían potenciales clientes en un sistema médico empresarial. La virtual desaparición de la atención primaria de salud en los países de economía neoliberal disminuye substancialmente las acciones de promoción y prevención, rompe la continuidad de la atención del paciente crónico, y debilita las posibilidades de la rehabilitación. Por tanto, este desconocimiento consciente de esta evidencia científica limita le eficacia ya que se recargan servicios secundarios y terciarios con cuestiones que oportunamente pudieron ser resueltas en el nivel primario, se recibe un paciente con un

mayor deterioro, con menor educación sanitaria y se dispone de escasas posibilidades de conocer a más corto tiempo la dinámica familiar y comunitaria que puede estar incidiendo en un caso concreto. Actuar a sabiendas escudándose en la falacia de que el libre mercado en la época de las transnacionales a la larga traerá el desarrollo económico, mejorará las oportunidades, y que es un sacrificio necesario someter a las generaciones actuales al desamparo; más que una conducta irresponsable raya en la maleficencia (Acosta, 2004).

Eficiencia económica y utilitarismo en bioética. A pesar de que la reforma neoliberal de la atención de salud ha sido recurrente en hacer casi sinónimos eficiencia y calidad instaurando un enfoque economicista, no debemos caer en el error de anatemizar el concepto y su posible reinterpretación desde la perspectiva que ofrece la Bioética. Si la eficiencia se aborda desde el principio utilitarista de generalidad, implicaría obtener el mayor beneficio, para el mayor número de personas con el menor costo posible, y esto abre el paso a una concepción economicista que somete toda actividad asistencial a la obtención de óptimos resultados en la reducción de costos para el sector público y ganancias en el privado; esto es una aberración frecuente de la medicina gerenciada. En economía, se considera que una vez obtenido el nivel óptimo de eficiencia, el aumento del empleo de recursos va en detrimento de esta porque aumenta los costos de producción. Si se aplica esto miméticamente a la práctica de salud, un tratamiento que la evidencia científica ha probado como eficaz para una determinada indicación, en un caso concreto puede resultar económicamente ineficiente si traspasa los límites esperados de costos. En el caso de la atención de salud, la eficiencia económica puede entrar en controversia con la eficacia, y con la calidad, y por tanto, nos lleva al aserto de que la eficiencia no es necesariamente sinónimo de calidad, sino un componente más de esta, y en algunas ocasiones contradictoria con una conducta humanista consustancial a la atención integral de la salud. Sin embargo, la eficiencia tiene contenido ético en tanto deber de justicia, porque el empleo racional de los recursos en materia de salud es una obligación para con el bien común y los derechos individuales. "*Es evidente* –plantea Diego Gracia– *que todos tenemos la obligación de optimizar los recursos, sacando de ellos el máximo beneficio posible. Se trata de una obligación de justicia, dado que los recursos son siempre y por definición, limitados. No optimizar los recursos supone beneficiar a unos en perjuicio de otros*" (Gracia, 1998). Pero el neoliberalismo ni siquiera cumple con el principio utilitarista de generalidad de Bentham del "mayor beneficio para el mayor número posible", tal parece la antinomia del "mayor beneficio para el menor número posible". Por eso es que el utilitarismo bioético, por elemental sentido humanista, es un utilitarismo suave, inclinado a aceptar el principio de universalidad de Kant.

Sustentabilidad de la salud, tecnología y recursos humanos. Sea sustentado en el principio de universalidad kantiano o el marxista de igualdad, en las condiciones actuales, los retos que enfrenta la humanidad en materia de salud que rebasan con mucho la tradicional organización sanitaria, encontrarán solución a través de la participación de la población en las decisiones e implementación de políticas sanitarias, solo efectivas si el Estado asume un papel activo en la movilización y asignación de recursos humanos y financieros, así como el apoyo técnico y profesional necesario. Adoptar el principio de universalidad o el de igualdad implica reconocer la responsabilidad colectiva con la problemática de salud de todos y cada uno de los miembros de la comunidad y por tanto, el papel del Estado en la garantía de la asistencia médica, únicamente así la búsqueda de la eficiencia redundaría en el bien común y en la calidad de la asistencia sanitaria. Se podrá objetar que este noble propósito tendría el límite objetivo de la disponibilidad de recursos, y es cierto que existe un límite impuesto por el nivel del desarrollo material y científico-técnico de la sociedad. Sin embargo, importantes autores se inclinan por privilegiar la justicia sobre la ficticia libertad de elección. "*Una medicina sostenible no sería capaz de ofrecer lo último en innovación tecnológica o la mejor calidad posible de cuidado de la salud. Su progreso médico sería más lento que en el pasado, menos orientado tecnológicamente y tendría diferentes metas, tales como la de la población más que de la salud individual*" (Callahan, 2000); con esto afirma Callahan que la sustentabilidad de la salud parte de la promoción y la prevención y no de la aplicación de complejas tecnologías. El propio caso cubano ha demostrado que el desarrollo de la atención primaria de salud disminuye la presión asistencial sobre el resto de los niveles de atención y con ello la demanda de recursos. Por lo que en el contexto de una voluntad política para el cuidado integral de la salud, los servicios públicos pueden dar respuesta a una atención de calidad que incluya también la tecnología verdaderamente necesaria. *Es más importante el desarrollo de los recursos humanos para un modelo de medicina sustentable que la tecnología en sí misma* (De la Torre et ál., 2004). Esta situación es totalmente diferente a lo que sucede lamentablemente en la mayor parte del mundo de hoy, donde se han creado límites artificiales impuestos por el mercado, mientras millones de personas sufren y mueren innecesariamente debido a mezquinos intereses mercantiles y la

falta de solidaridad. Muchos de los problemas de salud actuales son de tal magnitud que traspasan las fronteras nacionales y su posible solución requiere de la cooperación y colaboración internacional. "*Los resultados sanitarios poblacionales* –expresa Arboleda-Flores– *se alejan de la salud individual como el foco más importante, para centrarse en los temas de determinantes sociales que implican que las personas no se enferman al azar, sino que sucumben ante todo aquello que los ata a sus circunstancias particulares. Las determinantes sociales de la salud indican que el pobre, el inculto, el privado de los derechos civiles, el habitante de los barrios marginales, el que no tiene poder, todos ellos son más propensos a enfermar y morir que los más afortunados*" (Arboleda-Flores, 2000).

El papel de los valores de la población en la atención integral de la salud. Otro elemento que resalta en las consideraciones actuales sobre la calidad de la atención integral de salud, e n este caso en el ámbito microsocial, es la cuestión del respeto de los valores de todos los actores inmersos en las relaciones sanitarias, y por tanto al principio de autonomía. Afirma James Drane que: "*La autonomía individual unida al capitalismo de libre mercado crea una visión que transforma la atención sanitaria en algo que cada persona costea de su propio bolsillo. Bajo esta visión nadie, sin embargo, está obligado a pagar por alguien más. La igualdad en efecto, especialmente el acceso igualitario a la atención sanitaria, desaparece*" (Drane, 2000). Vale afirmar que ya nadie niega, al menos formalmente, que es imprescindible considerar el reflejo en los individuos y grupos humanos concretos de los procesos psicológicos y sociales propios de una determinada cultura que influyen en las valoraciones acerca del bienestar, la felicidad, la salud y la vida. Por tanto la calidad de los servicios de salud trasciende la disponibilidad de los recursos materiales y la competencia científico-técnica de los recursos humanos, incluso de la organización institucional, para adentrarse en el terreno de los procesos comunicativos presentes en las relaciones sanitarias. La mayor instrucción general y educación sanitaria de la población han subvertido el cómodo modelo paternalista hipocrático e implicado una mayor simetría de estas relaciones, y la participación de los usuarios en cuanto a las decisiones relacionadas con su salud, su familia e incluso su comunidad. Por otra parte, el desarrollo de las tecnologías avanzadas de alto poder invasivo y de probables consecuencias a largo plazo han favorecido el ejercicio del principio de autonomía como salvaguarda de los derechos individuales. La promoción efectiva de los derechos y responsabilidades de los pacientes es un elemento que puede regularse a través de la observancia de códigos deontológicos. Sin embargo, la mayor parte de los conflictos de valores morales de las relaciones sanitarias, como revelan investigaciones provenientes de contextos muy diferentes (Laine et ál., 1996; Acosta, 1998), se vinculan con los procesos comunicativos y la ignorancia de los sistemas de valores predominantes, por lo que se constituye en deber de justicia a nivel microsocial ofrecer lo que el usuario requiere y espera desde el punto de vista informativo y afectivo, como componente consustancial a cualquier consideración seria de la calidad de la atención de salud y el bienestar de la población (García y Alfonso, 2005). Lo justo en materia de la atención integral de la salud es el bienestar de todos y no solo el de una parte de la población, incluso aunque esta parte fuera la mayoría.

Referencias

J. Acosta. *Transculturación e identidad en la perspectiva cubana de la Bioética*, Tesis para optar por el Grado de Magíster en Bioética, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 1998. - J. Acosta. "Justicia sanitaria y calidad de la atención de salud en los albores del Tercer Milenio", en J. Martínez (compilador), *Temas de filosofía, sociedad y economía*, 1ª ed., Sancti Spiritus, Ediciones Luminaria, 2004: 111-125. - J. Arboleda-Flores. "Equidad y asignación de recursos: Donde la ética y la justicia social se interceptan", en F. Lolas (editor), *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS-OMS, 2000, p. 63. - D. Callahan. "La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes", en F. Lolas (editor), *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS-OMS, 2000, p. 99.- E. De la Torre; C. López; M. Márquez; J. Gutiérrez; F. Rojas. *Salud para todos sí es posible*. 1ª ed., La Habana, Sociedad Cubana de Salud Pública, 2004. - J. Drane. "El desafío de la equidad. Una perspectiva", en F. Lolas (editor), *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS-OMS, 2000, p. 83 - R. García; A. Quiñones. "Disimilitudes en las actitudes y conductas de los cubanos frente a los factores de riesgo para la salud", en L. Iñiguez, O. Pérez (compiladores). *Heterogeneidad social en la Cuba actual*, 1ª ed., La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana, 2005, pp. 195-222. - D. Gracia. "Etica de la eficiencia", en *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria,* Ética y vida 4, 1ª ed., Bogotá, Editorial Búho, 1998, p. 180. - Ch. Laine et ál. "Elementos importantes para la atención del paciente ambulatorio: una comparación de opiniones de pacientes y médicos", *Annals of Internal Medicine*, 1996; 125 (8), pp. 640-645.

En muchos de los enfoques tradicionales de la bioética liberal ha llegado a imponerse la noción de los *recursos escasos* en salud. La medida de la escasez o abundancia de estos recursos se ha realizado en términos económicos de los diversos componentes del llamado *gasto en salud*. El fundamento primario de este tipo de enfoques reside en considerar que las respuestas posibles a la situación de salud de un individuo o comunidad se reducen a las mercancías necesarias para articular esas respuestas. No cabe duda de que buena parte de las respuestas que podemos dar a la situación de salud pueden traducirse en costos económicos de bienes materiales y de servicios orientados a ese fin. Al tratar el campo Atención de la salud (v.) hemos considerado varias cuestiones relacionadas en ese sentido. No obstante, el principal recurso que cualquier individuo o comunidad ha tenido a lo largo de la historia para dar respuesta a la situación de salud nunca ha sido ni podrá ser –salvo determinación ideológica– un recurso escaso. Se trata del recurso derivado del cuidado interhumano. Es posible imaginar una sociedad con enormes carencias materiales y con una pésima situación de salud. De hecho esto es lo que ocurre actualmente en muchos países del mundo. La expectativa de vida, por ejemplo, ha descendido fuertemente y se encuentra debajo de los 55 años en países como Haití y en una gran mayoría de países del África subsahariana, como Malawi, Mozambique y Zambia, donde apenas se alcanzan los 37 años bajo la devastación agravada por el sida. Es claro que en esas comunidades los recursos son *escasos* en cuanto a medicamentos esenciales, alimentación, agua potable y vivienda. Pero el problema ético radical en esos casos es la escasez de los recursos que supone el cuidado de los seres humanos de unos a otros. Cuidado que alude sin duda a una cuestión de justicia (en términos de justicia global), pero que a la vez alude en su significado moral a unas diferencias que han sido destacadas, entre otras, por las denominadas *éticas del cuidado*. Un ejemplo de este enfoque ha sido la perspectiva introducida por Carol Gilligan.

Desarrollo y orientación moral. La importancia en el terreno educativo del desarrollo moral fue destacada en trabajos de Piaget (1932) y Kohlberg (1963, 1967). Una crítica a los mismos fue ejercida por Carol Gilligan en su texto *In a Different Voice* (1982) al señalar que los estudios de Piaget y Kohlberg representaban una tradición orientada hacia la *justicia* dentro de la teoría moral, con estudios empíricos basados en muestras de sujetos masculinos básicamente. Gilligan identificó en cambio una perspectiva moral enfocada sobre el *cuidado*, que fue actualizada en su artículo *Moral orientation and moral development* (1987), en el que puso de relieve el papel preponderante de la mujer en esta aproximación. Gilligan partió de las figuras ambiguas de la Gestalt por las cuales la misma imagen puede ser vista como un cuadrado o un diamante, un pato o un conejo, etc., ya que la definición de los problemas morales tenía para ella este mismo carácter ambiguo existiendo una tendencia a adoptar una u otra perspectiva para esa definición. La reconstrucción del desarrollo moral podía hacerse así en torno a dos perspectivas morales: las de justicia y cuidado, fundamentadas empíricamente. Esta distinción cruzaría a través de las divisiones familiares entre pensamiento y sentimiento, egoísmo y altruismo (v.), razonamiento teórico y práctico; y supondría que en la medida en que todos estamos expuestos y somos vulnerables a la opresión y el abandono (v. *Vulnerabilidad y protección*), la experiencia humana es recurrente en las dos visiones morales: una de justicia y otra de atención o cuidado. Esta distinción puede encontrarse ligada a la diferencia entre los géneros masculino y femenino, y así se confirmó en diversos estudios realizados sobre estudiantes y mujeres embarazadas poniendo de relieve opiniones diferentes frente a problemas semejantes. Estos hallazgos mostraban un desacuerdo con los de Piaget, quien estudiaba a un grupo de niños varones y luego confirmaba sus resultados con estudios en niñas.

Género y cuidado. Kohlberg realizó mediciones del desarrollo moral sobre muestra todo-masculino con las cuales postuló su teoría de una equivalencia entre razonamiento justo y juicio moral. Pero el estudio cuidadoso de las opiniones de hombres y mujeres sobre determinadas problemáticas morales mostró que el eje igualdad-desigualdad giraba hacia un equilibrio con el de unión-separación, reorganizando pensamientos, sentimientos y lenguaje. Desde la perspectiva *justicia*, la figura dominante dentro de la imagen ambigua resultaba ser la del *self* (mí mismo), mientras en la perspectiva del *cuidado* aquella pasaba a ser la de *la relación*. El estudio de adolescentes masculinos y femeninos en torno a diferencias morales con sus padres mostró que mientras los varones ponían de relieve cuestiones ligadas a los derechos individuales, las mujeres en cambio tenían en cuenta los problemas ligados a la relación en sí. Los hombres enfocaban las

cuestiones morales principalmente hacia la justicia, mientras las mujeres lo hacían hacia el cuidado. En casos de conflicto en los juegos de niños y niñas, mientras los primeros reclamaban solucionar las diferencias recurriendo al cumplimiento o incumplimiento de las reglas del juego por uno u otro de los que estaban en disputa, las niñas en cambio intentaban solucionar sus diferencias recurriendo al restablecimiento de los lazos entre ellas. Esto suponía que si tuviéramos en cuenta las afirmaciones de Piaget sobre el basamento de la moralidad en el respeto por las reglas o la de Kohlberg sobre la virtud única de la justicia, el papel de la mujer en la teoría moral resultaría entonces problemático. Los estudios de Kay Johnston, a su vez, destacaron las preferencias (v. *Preferencia y elección*) de adolescentes masculinos y femeninos en relación con la resolución de problemas morales en diversas fábulas. Puede decirse entonces que la justicia y el cuidado como ideas morales y como estrategias razonadas tendrían origen en la relación con otros. Todos los niños nacen en una situación de desigualdad en la que son menos capaces que los adultos y niños mayores. Y desde esta experiencia en la cual nadie sobrevive sin el cuidado de los otros (v. *Alteridad/Otro*), el niño descubriría la responsabilidad que entraña la conexión humana. Desde la experiencia de desigualdad el niño aprende el significado de depender de una autoridad y el buen deseo de los demás. Desde la experiencia de la unión y el cariño el niño aprende el significado de cuidarse los unos a los otros (v. *Crecimiento y desarrollo, Infancia, antropología y niñez*). Los trabajos de Chodorow (1978) examinaron a su vez los efectos del cuidado materno sobre la estructura del *self* en relación con otros. Para los niños varones la identidad del género estaría en tensión con la conexión madre-niño, lo cual no sucede en las niñas. De todos modos, las tesis de Chodorow, ligadas sobre todo a la *teoría de las relaciones objetales*, presupondrían la formación del *self* en relación con la separación, que conceptualmente va asociada a la individuación, contraponiendo la experiencia del *self* a la experiencia de conexión con los otros, lo cual para Gilligan resultaba criticable. La división tradicional de la teoría de las relaciones objetales en pensamiento/sentimientos, *self*/relación, razón/ compasión, justicia y amor, etc., es posible a partir de la consideración de la madre misma como objeto. La frase de Winnicott: “una madre suficientemente buena”, resultó un intento de atemperación de las tesis antes citadas. De esta forma, psicólogos y filósofos, poniendo en la misma dirección el *self* y la moralidad con la separación y la autonomía, asociaron el cuidado con el autosacrificio o con los sentimientos. Pero los trabajos realizados por Gilligan apuntaron a demostrar que en primer lugar la gente puede adoptar ante una misma situación diferentes alternativas y que las de justicia o cuidado han de verse no como opuestas o fusionadas, sino como percepciones que pueden adoptarse indistintamente ante una misma realidad. En ese sentido, la unión entre teoría moral y orientación femenina hacia el cuidado puede ser fundamental si se tiene en cuenta que la sobrevivencia humana puede llegar a depender menos de un acuerdo formal que de una conexión humana primigenia. Y el lugar de la mujer en la concepción moral de los ciclos vitales (v.) resulta ser fundamental para una visión más rica y profunda de los mismos. Incorporando esta perspectiva, el problema de las respuestas posibles a los problemas de salud-enfermedad no consistiría meramente en una cuestión de *recursos escasos* (materialmente hablando) y *justicia*, sino también en una cuestión de cuidado interhumano.

La medicina y las respuestas a los problemas de salud y enfermedad han estado orientadas tradicionalmente, en especial desde la modernidad, hacia lo que Gilligan llamó *enfoques de justicia*. La terapéutica moderna, al tratar de llegar a ser estrictamente científica, dejó de lado la antigua recomendación del aforismo hipocrático: “curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”, y podríamos decir que quiso reducirla a sus dos primeros términos “curar siempre”. El médico pretendió –y a veces todavía pretende– desenvolver una mirada monista del padecimiento. La realidad del vivir de los pacientes ha mostrado una y otra vez, sin embargo, el fracaso de esta desmesura, y ha dado razón a la consideración de una realidad dual, ambigua, donde la justicia de la atención en salud ha de ser dibujada junto al cuidado de la misma. Estos enfoques resultan cada día más relevantes para una visión integral de las respuestas a las situaciones de salud individuales o colectivas, trátese de cuidados prolongados (v.), cuidados paliativos (v.) o cuidados espirituales (v.). La ética del cuidado se alimenta de las tradiciones comunitarias que refuerzan los lazos sociales (v. *Comunitarismo e individualismo*) y no puede dejar de ser considerada una parte relevante en la reflexión de una bioética regional.

[J. C. T.]

Cuidados prolongados

Ismael Serna, Fernando Cano, Garbiñe Saruwatari (México) - *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

Criterios para definir los cuidados prolongados. En los últimos 10 años ha existido un aumento en el número de unidades de cuidados para el paciente con enfermedad crítica prolongada, causado por el incremento de pacientes que sobreviven a la enfermedad aguda. Del 3% al 6% de todos los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos (UCI) desarrollarán enfermedad crítica prolongada, la cual usualmente es compleja y multisistémica. La descripción del paciente que requiere cuidados prolongados (CP) es complicada por la falta de una definición clara. Aunque la mayoría concuerda en que uno de los criterios para clasificar al paciente que requiera CP es el de la *ventilación mecánica prolongada*, ya que estos pacientes necesitan cuidados continuos en la UCI y/o en el hospital. Algunos arbitrariamente consideran que la ventilación mecánica prolongada es aquella que se utiliza por más de 4, 7, 10, 14, 21 y/o 29 días. Sin embargo, el promedio de días ventilador en la mayoría de las UCI es de 4,7 días, por lo que 4 días es un tiempo corto para considerar crónicamente enfermo a un paciente. Asimismo, elegir 7, 10 o 14 días más allá del promedio de días/ventilador es difícil, ya que muchos pacientes en este período pueden mejorar su condición, por lo que tampoco es correcto catalogarlos como crónicamente enfermos. Por lo anterior, el tiempo de 21 días de ventilación mecánica quizá sea el indicador más adecuado de cronicidad. Otro criterio propuesto es el tiempo de la realización de traqueostomía para continuar la ventilación mecánica; la desventaja de esta definición es la significativa variabilidad entre los médicos para decidir cuándo debe realizarse. Existen otros factores que también pueden prolongar los cuidados de estos pacientes, como son: uso de inotrópicos, ventilación mecánica no invasiva, hemofiltración continua, problemas neurológicos, trastornos neuromusculares, procesos infecciosos múltiples, entre otros, aunque estos factores por sí solos no pueden identificar qué paciente puede requerir CP. También es práctico utilizar el tiempo de estancia en la UCI para definir al paciente como crónicamente enfermo y que requiere CP, de esta manera se identifican a los pacientes que deben ser egresados de la UCI a unidades donde el nivel de cuidados es menor; esto en varias ocasiones no es fácil debido a la falta de disponibilidad de las mismas unidades y a los diferentes criterios de referencia y aceptación de pacientes a las mismas. A pesar de los diferentes criterios, creemos que los pacientes que requieren CP se clasifican en tres categorías: i) que requieran soporte prolongado de vida como resultado de una exacerbación aguda de un solo órgano, por ejemplo, falla respiratoria de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfisema pulmonar; ii) que tengan falla aguda única y/o múltiple, como en un trauma severo, y/o sepsis y que su recuperación es prolongada, y iii) que tengan falla, claramente irreversible, de un órgano, como la fractura de columna cervical, sin la presencia de otra complicación.

Costo financiero de los cuidados prolongados. El impacto financiero de los pacientes dependientes del ventilador se analizó en 1981, en un estudio de 60.000 pacientes que se encontraban en las UCI de Estados Unidos: se reportó que aproximadamente 5% de las camas eran ocupadas por pacientes críticamente enfermos y los costos de cuidados hospitalarios fueron estimados en 15 billones de dólares. Un estudio de 1987 sobre pacientes que fueron hospitalizados más allá del tiempo promedio de estancia determinado por guías de cuidados médicos para diagnósticos específicos encontró que esto generaba un exceso en el costo de 38.486 dólares por paciente. El estudio de Douglas Wagner de 1989, sobre 3.884 pacientes de 12 hospitales, reveló que 227 pacientes fueron ventilados por más de 7 días y consumieron el 37% de los recursos de la UCI y de estos el 21% de los recursos fueron gastados después del día siete de ventilación. Los costos en la UCI fueron estimados en 65.200 dólares/paciente. También en 1987, Spicher y White, así como Gracey et ál. en 1992, describieron estudios de cohortes de pacientes que requirieron ventilación mecánica prolongada en hospitales de tercer nivel; Spicher y White estudiaron pacientes con más de 10 días de ventilación y Gracey, con más de 29 días de ventilación, debido a complicaciones posoperatorias, en ambas cohortes la edad media era de 59,6 y 66,3 respectivamente, con predominio del sexo masculino; el promedio de ventilación mecánica en el grupo de Spicher fue de 31 días (rango 10 a 301), la estancia promedio en hospital fue de 53 días (promedio de 10 a 416), el 75% del tiempo de estancia fue en la UCI, el promedio de días ventilador para el grupo de Gracey fue de 59,9 (rango de 29 a 247).

Sobrevivencia y calidad de vida. La sobrevida de estos pacientes es importante para aquellas instituciones que les proveen cuidados porque se asocia co-morbilidad y los sobrevivientes a menudo presentan nuevos problemas médicos: persistencia de disfunción orgánica, deficiencias nutricionales significativas, atrofia muscular y trastorno psicosocial. Todo esto conlleva un alto riesgo de recurrencia de enfermedad y muerte a corto plazo después

de salir del hospital. Debido a que los sobrevivientes de enfermedad crónica tienen significativas limitaciones funcionales y muchos de ellos dependen de enfermeras en casa, es fácil asumir que su calidad de vida es pobre; sin embargo, algunos pacientes que sobreviven a estos se adaptan a sus diferentes limitaciones y responden de forma positiva: en un estudio de pacientes que estuvieron hospitalizados en la UCI por más de 14 días, se mostró a seis meses que el 51% tenía buena o muy buena calidad de vida, 12% presentaba excelente calidad de vida, y 38% pobre calidad de vida.

Introducción de servicios de cuidados prolongados y análisis de resultados. Como resultado del impacto económico en el cuidado agudo hospitalario, se plantearon y/o se buscaron, en los años ochenta del siglo XX, otras alternativas en las UCI para los pacientes dependientes del ventilador, como fue la creación de hospitales para CP. Este modelo surgió de los hospitales que eran utilizados para el cuidado de pacientes con tuberculosis y otras enfermedades crónicas, que a finales de los años setenta e inicio de los ochenta ampliaron su papel y misión para el cuidado de pacientes con falla multiorgánica resultado de enfermedades catastróficas; asimismo, para pacientes dependientes del ventilador por enfermedad neuromuscular, que no podían ser extubados a pesar de estar médicamente estables. En los años noventa fue cuando tuvieron su mayor auge y explotación, tanto en sus planes de manejo como por organizaciones de salud y seguros de gastos médicos; se logró vislumbrar claramente que las unidades de CP han ayudado, por un lado, a disminuir la ocupación de camas de las UCI, y por otro, a brindar atención especializada a los pacientes crónicos. Durante este tiempo de transición y desarrollo de los hospitales de CP, los costos asociados se han incrementado, lo cual ha permitido y/o generado la necesidad de que exista un personal médico y paramédico: residentes, neumólogos, intensivistas y enfermeras (aunque a menudo involucran a personal de muchas otras especialidades médicas), que esté entrenado y capacitado para el paciente crónicamente enfermo, diferente del que se requiere para el paciente de la UCI. Por esta razón se iniciaron estudios para evaluar resultados de las unidades de CP; el mayor estudio se realizó en el hospital respiratorio Barlow, en Los Ángeles, en el que se estudiaron pacientes dependientes de ventilador que habían sido remitidos para intentar ser retirados del mismo. En un período de ocho años (1988-1996) reportó lo siguiente: de 1.123 pacientes que fueron atendidos, el tiempo promedio de ventilación antes de ser trasladados disminuyó de 37 días en 1988 a 29 días en 1996, el porcentaje de éxito en el retiro fue de 55,9%, la sobrevida a un año después de ser dados de alta fue de 37,9%. Otro estudio realizado en 1999 analizó a 133 pacientes ventilados, de los cuales 66 (50%) murieron antes de ser dados de alta; de los pacientes egresados, 70% fueron retirados con éxito del ventilador; un año después de su admisión al hospital de CP, 103 (77%) de los pacientes habían fallecido y únicamente 11 (8%) eran totalmente autosuficientes; los pacientes mayores de 74 años que eran dependientes antes de su ingreso tenían una mortalidad del 95% a un año.

Aspectos éticos de la toma de decisiones. Tanto en Estados Unidos como en otros países, la atención a enfermos con CP por enfermedad avanzada o estado terminal ha pasado por distintas etapas. En principio se tenía la postura de prácticamente ignorar a los pacientes una vez llegado el momento en que no respondían a medidas enérgicas, también a sus familiares, sobre todo para evitar conversaciones y situaciones contraproducentes con estos. Se produjo entonces un movimiento por parte de las familias para implementar mecanismos legales que suspendieran el apoyo vital en situaciones sin solución (p. ej. caso Karen Quinlan). Al avanzar la tecnología y mejorar aún más este tipo de terapéutica, las familias desearon de nuevo la política de “hacerle todo lo posible” al paciente; fue entonces cuando, paradójicamente, los médicos acudieron a las cortes para salvar a sus pacientes de un apoyo vital sin sentido en cuanto a los resultados, y estamos hablando de una cantidad importante de pacientes involucrados, pues el 20% de los estadounidenses fallece en las UCI, además de que la mayoría de los cuidados médicos y el mayor gasto ocurren en este tipo de situaciones. Mientras en Estados Unidos actualmente existe una mayor tendencia a dar participación a familiares y a los propios pacientes en la toma de decisiones, en Europa existe la tendencia de actuar sin consultar a la familia basándose en que habitualmente tienen poca comprensión de estas situaciones (por ejemplo: administración de transfusiones de sangre a Testigos de Jehová). En el Simposio de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos, realizado en enero de 2002, se planteó la posibilidad de emplear a personal de enfermería experimentado y entrenado para actuar como representante de pacientes y familiares para mejorar la comprensión y, por ende, la comunicación entre las distintas partes. Se discutieron, asimismo, las variantes de *destete terminal* en pacientes ventilados (retiro paulatino del soporte ventilatorio manteniendo la intubación endotraqueal) y la de *extubación terminal* (retirada abrupta de la ventilación y la intubación endotraqueal) fundamentalmente en pacientes moribundos, manteniendo siempre la sedación del paciente y el uso de relajantes musculares si previamente se usaban; al parecer existe consenso a favor del empleo del *destete terminal*.

En estas discusiones se involucraron distintos factores médicos, políticos, legales, económicos y religiosos, así como los intereses de los pacientes o sus representantes (familiares o no) para la toma de decisiones de iniciación, continuación y supresión de cuidados intensivos, teniendo en cuenta los objetivos prioritarios de los pacientes en la UCI, como son: *cura completa* (v. gr., tratamiento de un paciente en choque séptico), *salvar la vida* (v. gr., tratamiento de un paciente por sobredosis de drogas con insuficiencia respiratoria asociada), *restauración de la función comprometida* (v. gr., tratamiento de un paciente con EPOC con neumonía asociada), *alivio de síntomas* (v. gr., tratamiento de un paciente con metástasis pulmonares y disnea asociada). La Sociedad de Medicina Crítica (SCCM) realizó un curso diseñado para educar a los profesionales en este aspecto específico, así como en la necesidad de continuar la educación, la autoevaluación y la comunicación entre el personal médico, definir los derechos y las responsabilidades del personal, en aras de mejorar los cuidados de enfermos en períodos o etapas terminales de la vida en la UCI. Un punto de vista compartido por todos fue que la decisión de mantener o terminar el apoyo vital en enfermos con CP y/o terminales necesita una opinión del grupo de atención, que además requiere calidad profesional e interconsultas entre muchos proveedores de salud: médicos, personal de enfermería, técnicos respiratorios, más que si se tratara de un evento único aislado. Se confiere derecho a los pacientes o, en su lugar, a los familiares o representantes legales de aceptar o de rehusar cualquier tipo de tratamiento recomendado por el personal facultativo, incluido el apoyo vital, lo cual a su vez, en este último caso, puede ser difícil de aceptar por parte de los médicos. Toda esta situación ha sido un tema muy debatido en los últimos años, por la consideración de los principios éticos de autonomía, y autodeterminación, los elementos legales del consentimiento informado, la privacidad y los derechos constitucionales. La supresión de dichas medidas es una decisión basada en que la prolongación del tratamiento no ofrecerá beneficio alguno al paciente en cuestión, y el personal médico debe estar suficientemente entrenado para cambiar su postura desde una actitud curativa hacia una solamente paliativa; por consiguiente, debe comprender la racionalidad de suspender las acciones terapéuticas de apoyo vital y tener la competencia clínica suficiente para manejar el proceso de manera efectiva.

Referencias

M. G. Seneff, J. E. Zimmerman, W. A. Knaus et ál., "Predicting the duration of mechanical ventilation: the importance of disease and patient characteristics", *Chest*, 1996, 110:469-79. - D. P. Wagner, "Economics of prolonged mechanical ventilation", *American Review of Respiratory Diseases*, 1989, 140:S14-8. - A. D. Brook, G. Sherman et ál, "Early versus late tracheostomy in patients who require prolonged mechanical ventilation", *American Journal of Critical Care*, 2000, 9:352-359. - W. A. Knaus, G. E. Thibault, "Intensive care units today", en E. G. Cravalho, B. J. McNeil (eds.), *Critical Issues in Medical Technology*, Boston, Ausburn Press, 1981. - J. E. Spicher, D. P. White, "Outcome and function following prolonged mechanical ventilation", *Archives of Internal Medicine*, 1987, 147: 421-425. - D. R. Gracey, J. M. Naessens et ál., Hospital and posthospital survival in patients mechanically ventilated for more than 29 days", *Chest*, 1992, 101:211-214. - S. L. Douglas, S. J. Daly, et ál, "Outcomes of long-term ventilator patients: a descriptive study", *American Journal of Critical Care*, 1997, 6:99-105. - D. J. Scheinhorn et ál., "Post-ICU mechanical ventilation: Treatment of 1123 patients at a regional weaning center", *Chest*, 1997, 111:1654-1659. - J. M. Luce, "Making decisions about the foregoing of life-sustaining therapy", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1997, 156:1715-1718.

Cuidados paliativos

Gustavo de Simone (Argentina) - *Asociación Pallium Latinoamérica*

Concepto, fundamento y alcances. Los *cuidados paliativos* los define la Organización Mundial de la Salud como un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares frente a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la temprana identificación, evaluación precisa y resolución del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Su implementación requiere el abordaje en equipo interdisciplinario para identificar las necesidades de los pacientes y sus familias. Son aplicables tempranamente en el curso de la enfermedad, en conjunto con otros tratamientos que intentan prolongar la vida e incluyen aquellos estudios necesarios para comprender y manejar mejor las complicaciones clínicas que provocan sufrimiento (OMS, 2002). Esta área de capacitación específica surge en el mundo como respuesta a las distorsiones del *ensañamiento terapéutico* y al *abandono terapéutico*, dos estrategias que no satisfacen las necesidades y demandas de quienes padecen enfermedades en etapa terminal. Por su naturaleza, los cuidados paliativos se diferencian además de las prácticas eutanásicas.

Historia y desarrollo. El origen de los cuidados paliativos en América Latina se remonta a la década de 1980, cuando surgen experiencias pioneras en Argentina, Colombia y México, desarrolladas por organizaciones no gubernamentales. Estos programas pioneros se extienden en otros países, y progresivamente nuevos profesionales adquieren

competencias con el respaldo de instituciones prestigiosas de Europa y América del Norte, y el compromiso de centros colaboradores de la OMS. En los años noventa comienza la educación sobre el tema en universidades e instituciones vinculadas con los centros de referencia, y en los inicios del tercer milenio, con desigual magnitud y resultados, los sistemas de salud pública incorporan programas de cuidados paliativos a nivel de algunas naciones y ciudades. Persiste el desafío del mayor y mejor desarrollo de los cuidados paliativos en los sistemas de salud de la región, y es aún crucial el involucramiento de organizaciones no gubernamentales en el sostén y apoyo de las iniciativas. Lentamente, las comunidades adquieren noción de los alcances del cuidado en el final de la vida, y el derecho a recibir una asistencia apropiada a las necesidades específicas que presentan quienes padecen enfermedades en etapa incurable, progresiva y avanzada.

Fundamentos morales de la disciplina. Las premisas éticas de los cuidados paliativos en la región se refieren al equilibrio apropiado entre luchar por la vida pero aceptando que la muerte es inevitable y próxima, en el contexto de una enfermedad incurable; a promover la identificación del sufrimiento en sus distintas dimensiones (física, emocional, mental y espiritual) y su alivio, sin necesidad de indicar tratamientos fútiles ni de prolongar artificialmente la agonía; a sostener las demandas que presentan las personas con enfermedades limitantes de la vida y las de su entorno familiar, constituyendo ambos la *unidad de tratamiento*, y a privilegiar las vivencias y valores subjetivos de las personas, antes que promover una imparcialidad objetiva que desnaturaliza la esencia del sufrimiento humano. La valorización de la dimensión subjetiva y la jerarquización de las vivencias de los sujetos constituyen aspectos vinculados con la *ética del cuidado*.

Desafío político y educacional. La implementación de los cuidados paliativos requiere: a) políticas sociosanitarias acordes con las necesidades de la población, en particular en el contexto del final de la vida; b) programas de información y educación sobre la temática (a nivel comunitario, de pregrado universitario y de posgrados específicos), y c) la disponibilidad de recursos materiales y humanos, incluyendo como tema prioritario la disponibilidad y accesibilidad de los fármacos analgésicos opioides recomendados. La distribución de los recursos en salud en América Latina aún no reúne criterios de calidad, eficiencia y equidad en lo referente al cuidado en el final de la vida, pese a la prioridad epidemiológica que las patologías crónicas alcanzan en muchas poblaciones urbanas. La naturaleza del sufrimiento humano en el final de la vida y su apropiada identificación y alivio exigen en América Latina una concepción sociosanitaria sostenida en principios y normas de la ética clínica y la ética social, junto con calidad y equidad en los procesos de gestión, a fin de asegurar que estos "cuidados compasivos eficientes" faciliten la mejor calidad de vida posible de la población de personas, en creciente expansión, que padece algún tipo de enfermedad progresiva.

Referencias

Jorge Manzini, *Bioética paliativa.* La Plata, Editorial Quirón, 1997. - Gustavo de Simone, Vilma Tripodoro, *Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas*, Buenos Aires, Ediciones Pallium Latinoamérica, 2004. - VV. AA., Cuidados paliativos y bioética, en *Acta Bioethica Nº 1,* Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 2000.

Principios éticos en cuidados paliativos

Ismael Serna, Fernando Cano, Garbiñe Saruwatari (México) - *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

Propuestas de trabajo de los cuidados paliativos. La medicina mundial ha cambiado hacia un perfil epidemiológico en el que predominan las enfermedades crónicas no trasmisibles debido a los cambios demográficos; fundamentalmente el aumento de la población adulta y la urbanización han aumentado la carga por enfermedad y los costos de los servicios de salud. La OMS, que ha tomado muy en serio este tema, define a los CP como: "*cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales, cobran la mayor importancia. El objetivo de los CP es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los CP no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia*". Por lo anterior, deben plantearse propuestas acerca de los CP, consistentes en promover la aceptación por parte del paciente y su familia de una nueva realidad, para lograr el mejor enfrentamiento de la enfermedad terminal. Las propuestas deben versar en los siguientes puntos: *a) Control del dolor y otros síntomas*. Es necesario que el paciente se encuentre en las mejores condiciones de confort y vigilancia de su situación clínica para establecer tratamientos específicos para cada dolencia. Es importante recordar que se trata de pacientes cuya expectativa de vida puede ser de semanas o meses y que no tienen posibilidad de tratamiento curativo, por lo que el

médico debe ser cuidadoso en la valoración del caso para no someter al paciente a exámenes inútiles y costosos, o a tratamientos agresivos y/o caros que no ofrezcan un beneficio y, al contrario, deterioren la calidad de vida y el estado de salud, prolongando su agonía o acelerando su muerte. *b) Comunicación adecuada*. Es importante que el paciente y la familia conozcan el diagnóstico y el pronóstico, ya que solo con una buena comunicación sobre la enfermedad, el manejo de síntomas, las expectativas del paciente y el enfrentamiento de los problemas del final de la vida se logrará que el enfermo y su familia puedan afrontar mejor el *dolor total*. Con frecuencia el paciente que ingresa a una unidad de CP ha sido informado; sin embargo, mantiene esperanzas no realistas o bien se mantiene en un estado de negación. Todo el proceso de aceptación requiere tiempo, dedicación, así como escuchar e interpretar las necesidades del paciente. Mediante un lenguaje claro y comprensible, un abordaje específico para cada individuo, el paciente puede ir comprendiendo y aceptando la información a su propio ritmo y de acuerdo con su propia personalidad. *c)Apoyo psicosocial*. El paciente que vive una situación de enfermedad prolongada, incurable y progresiva pierde su independencia y el control sobre sí mismo, lo cual lo hace sentir inútil ante las situaciones cotidianas. La debilidad progresiva y otros síntomas le harán ver, no solo que no es capaz de realizar algunas tareas habituales, sino que también debe renunciar a metas y proyectos futuros. Por esto a menudo los pacientes experimentan sentimientos como enojo, resentimiento, apatía, depresión, desesperanza, impotencia y consiguiente pérdida de autoestima. Al igual que el paciente, cuando la familia recibe la noticia de que un pariente tiene una enfermedad incurable y mortal en un plazo relativamente breve, se altera el núcleo familiar causando incertidumbre, temor, cambios de funcionamiento familiar y del sistema de vida de cada uno de sus integrantes. Durante la evolución de la enfermedad la familia necesitará apoyo psicosocial de distinta índole: información, facilitación de la organización, acceso a estructuras de apoyo social, sostén en las etapas de conflicto interno y reconocimiento oportuno de los momentos de “agotamiento familiar”. En estas situaciones es preciso conocer la dinámica familiar: determinar los sentimientos hacia el paciente frecuentemente antagónicos, ubicar a los responsables del cuidado que a su vez serán los interlocutores con el equipo de salud, evaluar el nivel sociocultural y posibilidades económicas que tiene la familia para enfrentar una situación de enfermedad prolongada. *d) Trabajo en equipo*. Como el tratamiento debe ser específico para el paciente, según sus valores y prioridades, considerando aspectos psicosociales, éticos, culturales y espirituales, el modelo de trabajo en CP es necesariamente el de un equipo multidisciplinario integrado por profesionales médicos y no médicos. En oposición al modelo curativo, centrado en conceptos médicos, institucional y altamente tecnológico, los CP dan prioridad al paciente, la familia y el domicilio, a través de un funcionamiento multidisciplinario, no jerárquico y que asegura el abordaje integral del enfermo considerándolo un integrante más del equipo.

Principios éticos en cuidados paliativos. Los profesionales de la salud a menudo se enfrentan a problemas éticos en el cuidado de pacientes terminales, como: la toma de decisiones acerca de la conveniencia de revelar el diagnóstico y el pronóstico, utilizar procedimientos de alimentación o hidratación artificial, mantener o suspender algunos tratamientos médicos, tratar enfermedades intercurrentes (p. ej. infecciones, accidentes vasculares), utilizar medidas de soporte vital (p. ej. diálisis, ventilación mecánica prolongada, monitoreo hemodinámico, drogas vasoactivas, reanimación cardiopulmonar). Los principios éticos generalmente aceptados en los diversos códigos de ética médica que tienen especial relevancia en medicina paliativa son:

1. Principio de inviolabilidad de la vida humana. La vida no es un bien extrínseco a la persona humana, sino un valor fundamental del que derivan los Derechos Humanos. El deber de respetar y promover la vida es, por tanto, el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás. La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho. En el debate bioético contemporáneo sobre el final de la vida humana suele afirmarse que nadie tiene derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. Con base en una peculiar concepción del respeto a la libertad individual del paciente, se propone entender el *derecho a una muerte digna* como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión; negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia. Sin embargo, plantear que en ciertas situaciones la muerte pueda ser percibida como un alivio no equivale necesariamente a concederle al ser humano el derecho de acabar con la vida de una persona que se encuentra sufriendo por una enfermedad.

2. Principio de proporcionalidad terapéutica. Parte del concepto ético de respetar y promover la vida

humana es el deber moral de utilizar los medios necesarios para cuidar la salud, propia y ajena, pero es evidente que nadie está obligado a utilizar todas las medidas médicas actualmente disponibles, sino únicamente aquellas que ofrezcan un beneficio razonable. La guía que se ha propuesto para distinguir las intervenciones médicas que son éticamente obligatorias de las que no lo son, es la clásica distinción entre medidas *ordinarias* y *extraordinarias*, doctrina que hoy se conoce mejor como *principio terapéutico* o *principio de proporcionalidad terapéutica*. Este principio sostiene que la obligación moral versa en implementar solo aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible; aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumpla se consideran "desproporcionadas" y no son moralmente obligatorias. Para efectuar en un caso particular el juicio de proporcionalidad deben puntualizarse algunos conceptos como: a) la utilidad o inutilidad de la medida; b) las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios; c) el pronóstico con y sin la implementación de la medida, y d) los costos (en sentido amplio): cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas. Es importante destacar que el juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada intervención médica debe hacerse con base al beneficio global de la terapia y no solo en relación con los efectos fisiológicos que ella sea capaz de inducir. En la actualidad están desarrollándose diferentes modelos de pronósticos, basados en datos objetivos, que puedan brindar información importante para la toma de decisiones –*medicina basada en evidencias*.

3. Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia. El uso de opioides y otras drogas, que pueden alterar el estado de vigilia del paciente, es habitual en CP; pero ello a menudo genera dudas en la familia y/o en el equipo de salud. Se teme que los efectos adversos de estas drogas, como hipotensión, depresión respiratoria, puedan constituir una forma de eutanasia. Sin embargo, aun cuando en algún caso pueda preverse la ocurrencia de ciertos efectos adversos, ello no significa que usar este tipo de tratamiento sea moralmente reprobable. Se aplica aquí el clásico principio ético conocido como *doble efecto*, basándose en que un mismo acto puede tener un efecto bueno y uno malo. Las condiciones de licitud moral del acto son: a) que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente; b) que el efecto malo previsible no sea directamente buscado, sino solo tolerado; c) que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo, y d) que el bien buscado sea proporcional al daño eventual provocado.

4. Principio de veracidad. Comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos, pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos, en especial cuando se comunican noticias, como el pronóstico de una muerte próxima inevitable. Caer en la *conspiración del silencio*, por un lado, representa una fuente de sufrimiento para el paciente y supone una injusticia, pues lo priva del derecho a ejercer su autonomía. Sin embargo, por otro lado, no revelar toda la verdad acerca del diagnóstico o pronóstico a un paciente determinado no siempre significa violar su autonomía, ya que la comunicación también depende de las diferencias culturales. Mientras en culturas anglosajonas la tendencia general es hacia el modelo individualista de toma de decisiones, en los países latinoamericanos es frecuente la elección del modelo familiar; por tanto, dependiendo del caso, respetar el deseo del paciente de optar por un modelo familiar de toma de decisiones puede representar justamente la forma concreta de respetar su autonomía. También existen circunstancias en las que podría ser prudente postergar la información, como cuando el paciente se encuentra con una depresión severa no tratada de manera adecuada. Por tanto, la comunicación de la verdad médica debe ir precedida por una cuidadosa reflexión sobre qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién debe informarse.

5. Principio de prevención. Prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica es parte de la responsabilidad médica. Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse de manera precipitada en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas. Cuando no se conversa oportunamente sobre las conductas que se adoptarán en caso de que se presenten otras complicaciones, es frecuente que se tomen malas decisiones, luego muy difíciles de revertir.

6. Principio de no abandono. Sería éticamente reprobable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias o solicita la eutanasia, aun cuando los profesionales de la salud consideren que ese rechazo o petición sean inadecuados. Permanecer junto al paciente y establecer una comunicación muchas veces es la mejor forma de asistirlo. La atención de pacientes terminales nos

enfrenta con las realidades del sufrimiento y la muerte, frente a las que pueden surgir la sensación de impotencia y la tentación de evadirla. Ello pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia. El *ethos* de la medicina paliativa nos recuerda que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y, a veces, también consolar.

El modelo de atención médica propuesto por la medicina paliativa contiene en sí el potencial para un profundo cambio en la cultura médica contemporánea, frente a la lógica del recurso tecnológico, que con frecuencia nos lleva a considerar que es éticamente justificable o incluso exigible todo lo que es técnicamente posible. La práctica de la medicina paliativa debe orientarse según lo expresa el siguiente pensamiento: "*Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no solo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras*".

Referencias

J. Hearn; I. J. Higginson, "Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review", *Palliative Medicine*, 1998, 12:317-322. - J. A. Billings, "What is palliative care?", *Journal of Palliative Medicine*, 1998, 1:73-81. - Elio Sgreccia, *Manual de bioética*, México, Diana, 1996. - R. Twycross, "Palliative Care", en *Encyclopedia of Applied Ethics*, Academic Press, 1998, Vol. 3, pp. 419-433. - Z. Zylicz, M. J. Janssens, "Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die", *Bailliere's Clinical Anaestesiology*, 1998, 12; 1:121-131. - E. García, "Asistencia al morir, el movimiento Hospice, *Quirón*, 1996, 27 (3): 82-89. - H. Newenschwander, E. Bruera, F. Cavalli, "Matching the clinical function and symptom status with the expectations of patients with advanced cancer, their families, and health care workers", *Supportive Care in Cancer*, 1997, (4), 252-256. - J. L. Abrahm, "End-of-life Care Consensus Panel. Management of pain and spinal cord compression in patients with advanced cancer", for the ACP-ASIM, Annals of Internal Medicine, 1999; 13:37-46. - L. Driver, E. Bruera, "The M. D.", en *Anderson Palliative Care Handbook*, Houston, University of Texas-MD Cancer Center, 2000.

Cuidados espirituales

Ludwig Schmidt (Venezuela) - *Universidad Andrés Bello*

Significado etimológico y definición del término cuidado. El término *cuidado* proviene del latín *cogitãtus*, pensamiento. En castellano se refiere a la solicitud y atención para hacer bien algo o simplemente a la acción de cuidar. Sin embargo, el término *cuidado* en griego clásico es polisémico y se citan por ejemplo: *therapéuein* y *íasthai*, que se refieren a curar o liberarse de una enfermedad; *hyguiáinein*, que significa alcanzar una buena salud, estar o ser sano; *katharízein*, vinculado con limpiar o curar la lepra; y *apolillen*, relacionado con la palabra de su enfermedad. De allí, el término *cuidado* adquiere una connotación de remedio, erradicación, restitución, reconciliación o dignificación. Y de allí también que el cuidado signifique un servicio terapéutico y solidario de un ser hacia los otros y sobre sí mismo. El cuidado es un acto connatural y corresponsable de todo ser humano en la búsqueda consciente de su cuido personal y/o de colaboración con el de los demás, sobre todo si el ser está reducido, vulnerado o desprotegido. En consecuencia, el cuidado se realiza principalmente en forma directa, en el que la persona en forma voluntaria y responsablemente busca el bien-ser y el bien-estar de sí mismo o de los demás. Es un proceso que consta de tres momentos: 1. La autodeterminación de exteriorizar su intención en un acto que permite transformar y dignificar; 2. La objetivación, ya que se ejecuta en un momento determinado y en el que se cumple con una pauta técnica y/o una ayuda espiritual; y 3. La liberación, al interiorizar el servicio terapéutico y minimizar o erradicar al otro de su mal. Acto que permite humanizar la naturaleza del hombre y la mujer.

El cuidado en filosofía y teología. En la filosofía existencialista, el término cuidado lo sintetiza Maite Saurí Navarro así: "*En la analítica existenciaria del ser-ahí que Heidegger lleva a cabo en* Ser y tiempo*, los existenciarios que han ido surgiendo a lo largo de ella se compilan finalmente en la noción de cura, que se define como* pre-ser-se-ya-en-el-mundo. *En efecto, esta noción recoge, por un lado, el carácter de siempre ya haber sido* (pre-ser) *esencial al ser-ahí; el de proyectar sus posibilidades (*pre-ser-se*), así como el de ser siempre en algo que denominamos mundo, y que es el horizonte en el que se comprenden los entes, esto es, el sentido de su ser. No obstante, la noción de cura no supone en absoluto la respuesta a la pregunta por el ser sino, en todo caso, la culminación de su preparación. Que el* ser-ahí *se conciba como siempre habiendo ya sido, junto con el carácter de proyecto de su existencia, lo que pondrá de relieve es que lo que en definitiva funciona como sentido del ser es cierta noción de temporalidad cuyo análisis, en principio, es el que debería poder llevarnos a la repuesta de la pregunta por el ser. La existenciaridad, facticidad y caída del* ser-ahí *no pueden por menos que causarle angustia (*angst*); la* existencia trivial *que le impide ser sí mismo y se constituye en un temor amenazante que le obliga a encontrarse a sí mismo y a preguntarse por lo que puede llegar a ser. Esto es, a cuidarse de sí mismo; si respecto de los entes, el* ser ahí *siente* preocupación (besorgen) *y respecto de otros* ser-ahí solicitud*, respecto de sí mismo siente y*

*se expresa como cuidado (*sorge*). El cuidado es el ser del hombre, más definible así que con ninguna otra definición derivada como pudiera ser la de animal racional. El hombre es* cuidado*; todo lo demás, entendimiento, voluntad, deseo, pasiones, etc., proviene del cuidado. Ahora bien, el cuidado, como expresión del ser de hombre, no solo no puede ejercerse más que en el tiempo, sino que además recibe su sentido de la temporalidad del hombre*" (Saurí Navarro, 1991). Por tanto, el cuidado es un término que implica una razón connatural del ser, el ser-comprendido y comprender-al-otro en y desde su mundo, su contexto de vida, para ser-curado de o para una situación. A nivel teológico y social, Leonardo Boff plantea que el cuidado es esa *condición previa que permite la eclosión de la inteligencia y de la amorosidad. Es el orientador anticipado de todo comportamiento para que sea libre y responsable, en fin, típicamente humano. El cuidado es un gesto amoroso con la realidad, gesto que protege y trae serenidad y paz. Sin cuidado nada de lo que está vivo, sobrevive. El cuidado es la fuerza mayor que se opone a la ley suprema de la entropía, el desgaste natural de todas las cosas hasta su muerte térmica, pues todo lo que cuidamos dura mucho más. Hoy necesitamos rescatar esta actitud, como ética mínima y universal, si queremos preservar la herencia que recibimos del universo y de la cultura y garantizar nuestro futuro* (Boff, 2003).

Cuidados espirituales y bioética. En el contexto bioético el término *cuidado espiritual* tiene que ser considerado como la consecución del *bien-estar* y el *bien-ser,* de sí mismo o de los demás, sobre todo, en el contexto de la atención y el cuidado de salud. Luego, el cuidado y restitución de la salud requiere el binomio del acto médico-asistencial y del cuidar espiritual. Sin embargo, por diversas razones (por ejemplo, por prejuicios, creencias, valores, competencias, temores sobre "el qué dirán", tiempo, número de personas disponibles o costos), se ha tendido en la actualidad a reducir o limitar el cuidado a lo corporal del ser humano, obviando el cuidado espiritual que permite lograr la unicidad del ser, la integración de cuerpo y alma, en una unidad indisociable e *hilemórfica*. Desde el punto de vista médico-asistencial, el término cuidado corresponde a las medidas de atención al paciente, se ejecuta según el tratamiento para una determinada enfermedad, siguiendo un protocolo rígido, sin hacer excepciones; mientras que desde el punto de vista bioético y espiritual, tiene que ser situado en su circunstancia individual, todo lo cual conduce a que el cuidado sea una actitud y un valor propios de la naturaleza del bioeticista. La salud y la enfermedad, aunque no son términos antagónicos, corresponden a dos estados de la corporeidad del ser humano en su transcurrir por la vida, en esa permanente búsqueda de autorregulación y homeostasis según su *cuido* y su *cuidado*. Estos se manifiestan tanto en lo biológico como en lo espiritual del ser, donde lo espiritual está vinculado con la esencia de la dignidad humana, de ser *lo-que-se-es* y se manifiesta en la permanente búsqueda de autenticidad (existencial, psicológica y ética), de dimensión religiosa, de interioridad y libertad insatisfecha en su cotidianidad. En bioética, el *cuidado espiritual* se considera a veces como una mera medida de atención al paciente que le permite un apoyo moral y/o religioso que permite al enfermo asumir y aceptar las limitaciones de su estado de salud o enfermedad de un modo digno. Otras veces se considera que el cuidado espiritual es meramente una atención psicológica o un acompañamiento físico o una visita más o menos regular de un ser querido, de un ministro de culto o un voluntario. Pero, como se expresó antes, el cuidado en el ser humano es integral, por tanto, no puede disociarse lo-biológico de lo-psicológico, y estos, de lo-ecosocial, sobre todo en un momento de sufrimiento, vulnerabilidad, desprotección y hasta reducción de la autoestima.

Cuidados espirituales y ética religiosa. El centro médico es una institución que procura el bienestar, la atención y el cuidado de la salud de los seres humanos en una comunidad y su contexto de vida. En su origen, en el hospicio se procuraba atender, cuidar y acompañar a las personas lesionadas y enfermas en un trabajo conjunto entre médicos, ministros del culto y voluntarios. El avance tecnológico y social ha transformado esta institución asistencial en centros de servicio médico con criterios productivos. En otras palabras, el centro médico se constituye en una empresa (*in-prehensa*) de intereses fundamentalmente asistenciales y espirituales que reúne a profesionales de la salud en la tarea de prevenir, diagnosticar, intervenir terapéuticamente y cuidar al ser humano enfermo que sufre y padece una lesión o enfermedad. Si se hace referencia a la ética hipocrática y a la moral especial en las comunidades de creyentes, el cuidado espiritual tiene su eje en su razón de ser y en la sacralidad y la inviolabilidad de la vida según la *Carta a los agentes sanitarios* de 1995. Una vida en sus dimensiones biológica, espiritual y ecosocial. En esta *Carta*, Fiorenzo Angelini identifica cuatro presupuestos éticos: "*un profundo respeto de la naturaleza en general; una concepción unitaria integral de la vida humana, o mejor, del ser humano; una rigurosa relación entre ética personal y ética profesional; una visión generalmente participada del ejercicio del arte médico*" (Angelini, 1990). En la doctrina judeo-cristiana-musulmana y en la Alianza que Dios establece al hombre y a la mujer, condicionados por culpas y sufrimientos, les permite redimirse y dar un significado a su propia existencia, cualquiera que sea su

condición. Consideración que es análoga en las ancestrales religiones orientales. En la *Biblia*, el profeta (o el discípulo) tienen como misión la asistencia al vulnerable y al desprotegido, al pobre y al que sufre, al privado de dignidad y de libertad (Is 61,1-2). La respuesta bíblica a la enfermedad y la muerte, en los textos veterotestamentarios, tiene una explicación compleja y hermenéuticamente lleva a las interpretaciones que hacían estos pueblos hacia estas "víctimas" de una misteriosa potencia maléfica o del capricho del destino, por tanto no pueden ser queridos por ellas, sino que son consecuencia de una culpa, de una ruptura voluntaria en las relaciones del hombre con Dios. De dicha culpa se derivan los demás desequilibrios y, por tanto, es un castigo divino. La Iglesia Católica emplea con frecuencia la imagen del *Cristo-Buen Samaritano* (cf. Lc 10, 25-37; Mt 5, 1-12, *Deus caritas est*, 31) para hacer referencia al cuidado y atención del que sufre o padece enfermedad, por constituir esta una oportunidad de encuentro consigo mismo y con los demás, de reconciliación con Dios y con su prójimo, en un estadio que permite madurar al ser en sus circunstancias. De la misma manera, Juan Pablo II recuerda que la Iglesia ha sido perseverante en su deber del servicio de los enfermos y los que sufren como parte integrante de su misión (*Salvifici dolores*,16; *Dolentium hominum*, 1), "*en la aceptación amorosa y generosa de toda vida humana, sobre todo si es débil o enferma*" (*Christifideles laici*, 38) y, por supuesto, en el carácter salvífico del ofrecimiento del sacrificio que, vivido en comunión con Cristo, pertenece a la esencia misma de la redención (cf. *Redemptoris missio*, 78). Y Benedicto XVI reitera la misión de caridad con el prójimo y que el amor no es solo ayuda material, sino también sosiego y cuidado del alma (*Deus caritas est*, 15-18, 22, 28).

La práctica de los cuidados espirituales. La enfermedad y el sufrimiento son una dura prueba de la madurez espiritual de la persona, ya que al sentirse reducido e incapacitado se desmoronan las pretendidas seguridades, se ponen en crisis las motivaciones ideales, no interiorizadas o asimiladas adecuadamente. Luego la persona, al cesar de su rutina diaria, estimula a la revisión de la forma de ver la vida y de cómo se comprende y acepta el Trascendente (Dios). En este momento, la persona lesionada o enferma se encierra en sí misma y es incapaz de ver más allá del presente, sintiéndose perdida, con miedo, y se hace muy susceptible. Todo esto hace que el paciente se bloquee, se niegue a mirar más allá de su padecimiento y realidad, pudiendo caer en una rebeldía neurótica, lo cual reduce la efectividad terapéutica del acto médico-asistencial. El cuidado espiritual debe ser llevado a cabo por personas preparadas y con condiciones afectivas, para prestar este servicio terapéutico y de acompañamiento. Para dicho cuidado espiritual, todo centro médico deberá disponer de un capellán o ministros de culto, de profesionales especialistas y voluntarios que atiendan a las personas enfermas y, sobre todo, moribundas. No solo como un derecho humano, sino como parte de su labor en miras a la atención y cuidado de la salud integral del ser humano, en la que solidariamente se redignifique la persona. Para finalizar, es importante acotar que el cuidado espiritual no es exclusivo para personas creyentes moribundas, ya que toda persona en condición vulnerable requiere alguien que la escuche, que le dé un apretón de manos o un abrazo, que la acompañe y sepa orientarla y asesorarla en su proceso de autosuperación espiritual, recuperación física o en la dignificación de su muerte. Obviamente, todo ha sido expresado en una forma genérica, en caso de atención y cuido más especializado en lo espiritual-religioso, dependerá de la creencia del enfermo o lesionado, de su deseo personal de encontrar calma espiritual y reconciliarse con Dios.

Referencias

M. Saurí Navarro, "Cuidado/curar", en *Diccionario de filosofía*, Barcelona, Herder, 1991. - L. Boff, Paradigma del cuidado, en su columna semanal de *Koinonía*, nº 29, 5 de septiembre, 2003. - Card. F. Angelini, *Quel soffio sulla creta*, Roma, Pontificia Comisión para la Asistencia Pastoral de los Trabajadores Sanitarios, 1990, pp. 377-378.

Bioética

1. Conceptos éticos

La reflexión sobre el concepto tiene tradicional relevancia no solo en el conocimiento en general, sino también en la ética filosófica. En *Principia Ethica*, George Moore expuso el salto de la *falacia naturalista* que se encuentra en diversos escritos sobre ética, que consiste en identificar la noción simple que damos a entender con el concepto *bueno*, con algún objeto natural como el placer, el deseo o la felicidad general. La filosofía analítica del lenguaje profundizó ese análisis de los conceptos y Ross (1936) desarrollaría su intuicionismo en esa tradición. Más recientemente, el neopragmatismo liberal ha cuestionado el significado y, sobre todo, la *utilidad* de algunos conceptos en bioética. Así se atacó la condición de *inalienables* que podían suponer los derechos protegidos en la Declaración de Helsinki y asimismo el supuesto carácter vago, impreciso e inútil del concepto de *dignidad humana* (v.) en ética médica. En esos ataques se analizó la significación de los conceptos en relación con campos de aplicación como la medicina o las investigaciones biomédicas. Por eso la reflexión sobre el concepto tiene, además de su importancia general, una gran relevancia actual en bioética.

La consideración pragmática del significado. Vivimos tiempos en que se ha instalado la postulación de un abandono de la etimología de los términos en igual medida en que algunos postulan un abandono de la historia y su remplazo porque, como sostiene Bauman (2005), "l*a vida líquida, como la sociedad moderna líquida, no puede mantener su forma ni su rumbo durante mucho tiempo*". Se dice que el significado formal, etimológico, histórico, de los conceptos, si no resulta "útil" a un campo de significación debe ser abandonado. Pero esa pretensión de una diferenciación pragmática entre campos de significación (religión, derechos humanos, ética médica, bioética, etc.) solo tiene sentido racional como especificación de un significado que se acepta formalmente (convencionalmente). La postulación de una variación del significado del concepto con cada campo de significación imaginable se disuelve en sí misma –en su racionalidad– por la recurrencia última al ejercicio del poder (v.). No ha de perderse de vista, en este punto, y sin temor a anacronismo alguno, considerar el desarrollo de la teoría hegeliana del Estado y su visión de este como universal concreto y forma de la ética objetiva. Se critica a la filosofía hegeliana, y con razón desde las actuales filosofías dialógicas, el individualismo de su razón monológica. Así y todo, no debemos perder de vista la noción de sociedad, poder y Estado, en relación con el análisis de la racionalidad moral (v. *Etica y política; Democracia*), porque el desarrollo histórico de la sociedad liberal que conduce a la actualidad es relevante para pensar si la minimización neoliberal del Estado y su poder no supone una fragmentación en campos autónomos (y en último término individuales) de significación del concepto. Cuando no existe valor alguno que pueda ser compartido en el diálogo racional con independencia de los diferentes usos del concepto, lo que resta es la dotación instrumental de significado. El abandono de la dimensión semántica otorgada por el valor compartido de los ciudadanos de un Estado-nación, por ejemplo, conduce a la imposición pragmática de significado por vía imperial o de las corporaciones internacionales. Por eso, si bien es posible establecer diferentes usos pragmático-materiales de un concepto cuya dimensión semántico-formal aceptamos, no hay posibilidad de sustentar racionalidad moral alguna estableciendo tantos significados diferentes como prácticas existan, sin que al hacerlo caigamos en una imposición lingüística externa o en un aislamiento del lenguaje. Se trata entonces de aceptar la pluralidad de creencias (v. *Pluralismo*) basadas en diferentes datos, experiencias y resultados de los sujetos en sus realidades (el uso pragmático-material), pero defendiendo la idea de que no hay muchas verdades sino una verdad que surgirá de la mayor fuerza racional encontrada entre las verdades en disputa (la dimensión semántico-formal). De modo tal que si la denotación significa, a su vez la connotación nos conduce a la polisemia del lenguaje. Pero no existe un corte metafísico entre lo denotado y lo connotado. ¿Por qué reclamar entonces por las especificaciones pragmáticas de algunos conceptos en el campo de las prácticas médicas? El sentido ideológico que tiene la disociación entre los conceptos formales y sus contenidos materiales de significación se encuentra en la pretensión de una disolución de los componentes objetivos del concepto. Estos componentes objetivos surgen de la captación (v. *Intuición*) y reconocimiento de un valor (v. *Valores éticos*) que en su aceptación nos impulsa a poner fin a toda situación disvaliosa materialmente identificable. Lo que hace el neopragmatismo liberal en bioética es establecer una disociación entre el

seguimiento de la norma y la condición moral de los actores y afectados por la misma. Así, la postulación del doble estándar en bioética (países ricos/países pobres), concepto al que se dio lugar, por ejemplo, en la revisión 2002 de las Pautas Cioms/OMS sobre investigación biomédica (véase Pauta 11), resultó inmoral porque postulaba un mundo con normas "éticas" desvinculadas de la condición universal –racional– de todo ser humano.

Conceptos descriptivos y conceptos prescriptivos en ética. Frente a la intención de analizar conceptos y resignificarlos, tarea que aunque forma parte de toda racionalidad moral comunicativa en el neopragmatismo liberal se orienta en el sentido particular de una racionalidad estratégica (v.), corresponde hacer la distinción entre conceptos *descriptivos* y conceptos *prescriptivos* (v. *Éticas descriptivas y prescriptivas*). El análisis, en tanto descompone el todo en partes, permite enumerar los caracteres del todo o *describirlo* y alcanzar así una definición descriptiva de un concepto. Pero si admitimos lo dicho por un "analítico" como Moore acerca del significado de *bueno* como concepto que no admite posibilidad de análisis o definición, deberíamos precisar a qué categoría pertenece un concepto que se quiera poner en discusión –como se ha querido hacerlo con el de dignidad– para saber si es analizable o no. El lenguaje prescriptivo, sin embargo, y según Richard Hare (1952), no describe nada ni encierra ninguna información porque las prescripciones son normas o reglas que nos guían en la acción en forma de imperativos o juicios de valor que en tanto juicios morales son universalizables. Cabe preguntarse entonces si un concepto como el de *dignidad* es descriptivo o prescriptivo. Cuando el artículo primero de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* afirma: "*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros*", ¿deberíamos hacer un "análisis" del concepto de dignidad allí utilizado para poder saber justamente cuándo la dignidad es violada? La respuesta es: no. El concepto de dignidad en la Declaración se usa como un concepto prescriptivo y ello impide analizarlo como si fuera descriptivo. Esto significa que en el enunciado de ese artículo no se está diciendo que todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos en un sentido fáctico-naturalista, ya que los hechos de la naturaleza social a escala global indican a cualquier persona razonable que la gran mayoría de los hombres de nuestro mundo sufren una violación de su dignidad y sus derechos desde su mismo nacimiento. De lo que se trata entonces no es de un enunciado fáctico-descriptivo, sino de un enunciado prescriptivo o normativo por el cual ese artículo primero está señalando la obligación moral y jurídica de los Estados de reconocer y proteger esa igualdad en dignidad (el lugar que todos los hombres ocupan por el solo hecho de ser seres humanos) y en derechos (las normas que constituyen en modo positivo ese lugar del sujeto). De ese modo, lo que está instaurando la Declaración no es una realidad fáctico-descriptiva (imposible de universalizarse en términos antropológico-sociales), sino una realidad fáctico-prescriptiva (universal en tanto compromiso de todos los países signatarios), por la cual y a partir de ella la dignidad resulta ser a la vez un concepto prescriptivo y *abstracto*. Porque los criterios concretos y específicos de la determinación prescriptiva que ha de señalar cuándo se viola la dignidad quedan reservados a los sistemas regionales (el interamericano en nuestro caso, el europeo o el africano en sus respectivas regiones). Criterios que en la dinámica de su funcionamiento suponen que en cuanto obligación de reconocimiento de derechos han de operar las instituciones correspondientes (la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Europea de Derechos Humanos, el Tribunal Penal Internacional, etc.), pero que en orden a la emergencia de la exigencia moral que pide reconocimiento jurídico, ha de mirarse a la demanda de la conciencia in-dignada que siempre habrá de ser el resguardo, criterio y fundamento último de la dignidad humana (v.).

Significado ético y metaético de los conceptos. La percepción de la dignidad no reconocida conduce a la indignación y a las exigencias morales de reconocimiento jurídico. Porque son las convicciones morales (v. *Convicción*) acerca del lugar que *cada uno* de nosotros ha de tener en el mundo proyectadas a la luz del lugar que *todo* ser humano ha de tener en el mundo, las que no solo dan significado *ético* a cada uno de nuestros conceptos, sino además y simultáneamente su significado *metaético*, en orden a precisar el significado y los alcances de cada concepto del lenguaje moral. De allí que preguntarse por el análisis y los criterios de aplicación de un determinado concepto moral, como el de *dignidad humana*, encierra en su misma formulación un planteo oscuro de la cuestión. La pretensión de segregar por el análisis lingüístico de los conceptos la significación dada por la conciencia que los analiza es una metafísica encubridora –en su escisión– de una pragmática interesada, parcial y, por tanto, no universalista. Así puede entenderse cómo la oposición al "doble estándar", que es una forma de doble discurso, no significa en su sola retórica sostener un discurso moral universalista (único) y coherente, si al mismo tiempo se cuestiona la utilidad del concepto de dignidad humana. Cuando se atacan los supuestos universalistas del carácter prescriptivo del concepto ético se sostiene, de hecho, un doble

discurso de pretensión seudomoral. Porque no hay modo alguno de defender una ética universalista negando los supuestos ontológicos de esa moralidad universal. El concepto prescriptivo de dignidad instaura una realidad de índole moral y jurídica constitutiva de todo ser humano (el sujeto de derechos). Por eso no se trata solo de mencionar el mayor número de conceptos históricamente relevantes en la ética con el afán de tener una teoría "completa", sino de otorgar determinados significados a esos conceptos dentro de la tradición filosófica y una mayor o menor relevancia en la dinámica global de la teoría para evitar que los principios remplacen a un sistema moral complejo y unificado. América Latina, que tiene un porcentaje muy pequeño en la producción y difusión de conceptos a nivel mundial, se enfrenta muy especialmente en el campo de la ética a la tarea de aprehensión de nuevas terminologías y a la vez a la necesidad de reflexionar críticamente sobre ellas. La producción de conceptos implica al mismo tiempo la producción de significado. Por eso la bioética latinoamericana, que durante la década de los noventa fue construyéndose sobre la aprehensión de la terminología que iba demarcando un nuevo campo de la ética normativa, tiene la necesidad actual de una reflexión crítica sobre los conceptos éticos que la construyen.

[J. C. T.]

Bien y mal

María Luisa Pfeiffer (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

El *bien* tiene que ver con todo lo que se piensa, se quiere y se hace por considerarlo bueno. En el pensamiento griego *bien* era un nombre del ser, por consiguiente, *mal* era la negación del ser. A partir de la modernidad el bien y el mal tienen que ver, especialmente desde Kant, con la voluntad, separándose de su connivencia con el ser y la verdad. De hecho ya no habrá bien o mal en sí mismo, sino acciones buenas o malas, conductas buenas o malas que tendrán que ver con las opciones del humano, todo bien incorporado a una propuesta ética como fin, *telos*, resultará de la cosmovisión desde la que sea formulado. Sigue vigente la pregunta spinozista acerca de si nos movemos aspirando al bien o si el bien nace de nuestro movimiento. Desde la modernidad, bien y mal han perdido su carácter absoluto, vuelven a adquirir sentido cuando se los asocia a valores, ya que el bien resultaría el valor máximo. Todo aquello a que se aspira es valorado como bueno. Scheler plantea entonces que el bien tiene valor absoluto. Más allá del carácter absoluto del bien o del mal, podemos preguntarnos qué sentido tiene en la actualidad el planteo ético sobre el bien. Para el griego el bien tenía que ver con una buena vida, no estamos muy lejos de ello aunque para nosotros buena vida tenga otra resonancia asociada más bien a la supervivencia del individuo y no a la felicidad de la comunidad.

La idea de bien en la filosofía griega. La pregunta acerca de qué es el bien, poder establecer una definición, nos sitúa inmediatamente en un contexto metafísico. Para la filosofía griega el bien no solo domina todo el campo de la ética, sino que es una respuesta ontológica, por lo cual es la totalidad del sentido tanto para el orden del universo como para las conductas humanas, el fin absoluto a buscar por todos los entes. Hacer el bien es el perfecto logro de la naturaleza de cada ser que implica su perfecta felicidad. La idea de bien aparece plasmada como tal recién en Sócrates, en quien se confunden el bien metafísico y el bien moral. Para Platón el bien no es un ser, sino la totalidad del ser, por ello su *eidos* (idea) es absoluta, es idea de las ideas que está más allá incluso de la idea de ser. Hay un bien en sí que no es relativo al hombre ni a los dioses ni a ningún orden ajeno a él y al que corresponde la idea a la que accede la razón humana. Ese bien que, como el sol, vivifica todo lo que está por debajo de él, y que establece el orden y la armonía del cosmos y del alma, es solo alcanzado por una especie de muerte mística de la inteligencia extasiada ante él por el *eros* supremo. Las cosas buenas lo son en cuanto participan del único bien absoluto que es bueno por sí mismo, el bien pertenece al mundo empírico solo como un reflejo. Aristóteles agrega a este bien en sí mismo un bien relativo a otra cosa y esto le permite aceptar que la perfección de cada cosa es su propio bien. Separa entonces el bien puro y simple, equivalente al bien supremo o absoluto, y el bien para alguien o por algo que es relativo; esto último fue calificado por la escolástica, que adoptó las categorías aristotélicas, como bueno por accidente. El bien supremo o soberano para el hombre es la felicidad, la *eudemonia*, que no es otra cosa que realizar totalmente su esencia humana. Pero este bien relativo al hombre: realizarse como tal, solo podrá alcanzarlo, como para Platón, en la contemplación del bien, del ser. La felicidad no implica actividad, movimiento, sino quietud, contemplación. Hay una inteligencia intuitiva de los primeros principios que empuja al hombre a hacer el bien y evitar el mal, el soberano bien es el fin de la vida humana. En su análisis minucioso del bien

Aristóteles lo separa del placer diferenciando lo agradable de lo bueno. Es interesante que una filosofía para la cual el tiempo no tiene peso lo asocie a esta diferenciación: lo placentero es lo inmediato y el bien se proyecta al futuro: "lo inmediato aparece como bueno absolutamente por no mirar al futuro". El bien absoluto o supremo, irreductible a los bienes sensibles, solo puede ser captado por el intelecto. Así, deseamos el bien porque nos es conocido, esta viene a ser la formulación contraria a la de la filosofía moderna, para la cual el bien pasa a ser tal porque lo deseamos. El bien de la filosofía griega prescinde del hombre, de su saber, su deseo, su inclinación, es aquello que atrae todo a sí, es el fin de todas las cosas y también del ser humano racional. Esta idea es retomada por Hegel, que en su *Enciclopedia de las ciencias filosóficas* nos presenta el bien como "*fin último absoluto del mundo, verdad de las particularidades objetivas que configuran la vida moral*". De modo que, también en este caso, no hay otro destino para el ser humano que buscar el bien. Sin embargo, para Aristóteles el bien pierde el carácter ontológico (ser uno) que tenía para Platón y obtiene su identidad analógicamente. Se manifiesta como dios, como cualidad, como virtud, como justo medio, como lo útil, como morada, etc. Las condiciones de la vida social llenarán el concepto de bien de fines precisos.

La idea de bien en la teología cristiana y la escolástica. La teología cristiana traduce la idea de bien platónica y el supremo bien aristotélico por Dios. Pone en lugar del bien absoluto al Dios personal del judeocristianismo que traspasa a todas sus criaturas su carácter de bueno, de modo que todo existente es ontológicamente bueno por sí mismo. Así el hombre, como toda criatura, es confiado a sí mismo para realizar en sí ese bien; la diferencia es que deberá hacerlo libremente; en ese sentido deberá confirmar su bondad ontológica con sus acciones; sin embargo, está llamado al bien y tiene valor absoluto de bien frente a Dios. Para San Agustín el bien y el ser son la misma cosa y ambos proceden del bien y ser absolutos que es Dios. La escolástica adopta esta relación del bien con los seres adquiriendo carácter de trascendental de la misma manera que lo son la verdad y la belleza. Así el bien de cada cosa es su perfección, es decir, el cumplimiento del plan de Dios para ella y el *summun bonum* (el bien supremo o la perfección absoluta) es Dios mismo.

El giro de la modernidad. A partir de la modernidad se da un giro ontológico y la medida de las cosas que provenían del ser griego y el dios cristiano se remplaza por el sujeto racional. El bien entonces perderá su carácter de ser en sí mismo y pasará a depender de la razón humana. Así, Spinoza considera el bien como algo subjetivo, al punto que su carácter de tal proviene de que "*nos movemos hacia él, lo queremos, apetecemos y deseamos*". Sin embargo, de la mano de Kant, preponderará la visión de una ética formal, prescindente del bien y apoyada sobre el ejercicio de la libertad. Es esta lo que habrá que buscar moralmente y, por consiguiente, comenzará a hablarse de justicia en remplazo del bien, que no es otra cosa que permitir a cada uno ejercer su libertad (Dworkin), establecer autónomamente normas que deberán ser cumplidas por la propia voluntad que las establece. Nace de esto lo que terminará siendo el *individualismo*, que reclamando en principio una independencia responsable y una particularidad reconocida entre iguales, termina aislando a los humanos e impidiéndoles todo reconocimiento de su dependencia ontológica. El resultado es que un modo de vida será bueno cuando esté totalmente avalado por la voluntad individual, olvidando la exigencia kantiana de que para que esa voluntad fuera buena debería ser racionalmente solidaria y obedecer al imperativo categórico. La voluntad, dice Kant, multiplica nuestras necesidades y deseos, pero en tanto los siga no podrá alcanzar la bondad, solo si es racional será buena. Esta buena voluntad que no es como lo entendemos hoy una mera intención de hacer bien, tiene su expresión más luminosa en la obligación que está por encima de la inclinación, el gusto, el placer, y solo tiene en cuenta el deber. Aquello que hará más pleno al ser humano, entonces, es cumplir con el deber, con un deber impuesto por su propia racionalidad solidaria.

El bien como cuestión moral. A partir del planteo moderno, el bien pierde su carácter metafísico y pasa a ser una cuestión moral, por ello ya no se hablará de bien o bienes, sino de actos más o menos buenos y actos malos. En la adopción de esta ética se olvida que esa moral está sujeta a la ley de la razón práctica. Así el bien dejará paso a lo bueno, que dependerá del libre juicio humano, que puede ser en el peor de los casos individual y en el mejor, consensual. La pregunta que habrá que responder es desde dónde se elabora ese juicio. Hay respuestas naturalistas que pretenden que sigue habiendo un bien ajeno a la voluntad humana formulado como ley natural. Podríamos pensar como dando esta respuesta a los bienes primarios de Rawls: la libertad, el poder, la riqueza, los ingresos y la dignidad. Pero también puede asociarse su carácter de básico con un mínimo consenso respecto de su bondad y no con que son naturales. En este caso estaríamos recurriendo a otro modo de respuesta, que es el consenso respecto de lo que es bueno sostenido por todo el contractualismo. Otra respuesta es la que asocia lo bueno con lo placentero. Por ejemplo, Nozick recurre a la argucia de la ficción de una máquina que haría experimentar

sensaciones placenteras más allá de las condiciones reales de vida o de la *satisfacción objetiva* de los deseos, para cuestionar dicha asociación. Por último, puede adoptarse la respuesta más sencilla en apariencia y la más compleja de resolver, que es identificar el bien con el placer. Hay otra respuesta que es la dada por las éticas de los valores. Para estas el bien es irreductible al ser, pertenece al orden moral de la preferencia en el acto de decidir. El bien es propiedad de las cosas, por lo que se da una multiplicidad de bienes pero estos no pueden ser confundidos con las cosas, son su propiedad y lo que las hacen valiosas. El bien, por consiguiente, posee objetividad más allá de que lo reconozcamos. No es un ser sino un valor que reconocemos no por el conocimiento, sino por la intuición. Intuimos, sabemos qué es bueno, hay una percepción sentimental que empuja a preferir, a amar lo bueno. Los valores se descubren en las cosas, no se ponen en ellas. Para Scheler los valores son contenidos materiales descubiertos a priori en las cosas emocionalmente, no racionalmente, por actos como preferir, amar u odiar. Esta intuición emocional capta una jerarquía de valores. Desde esta perspectiva el bien es un valor, algo que podríamos asimilar a la causa final aristotélica y que llama a la voluntad hacia sí y no un mandato, un deber que empuja a la acción invistiendo la intención como podría ser pensado desde una filosofía apriorística. Vemos así que el bien puede ser pensado desde una dualidad de sentido: perfección en sí o felicidad para el que lo posee.

El mal en la filosofía griega y la teología cristiana. El mal es inseparable del bien al momento de concebirlo. De hecho en la filosofía griega se denomina mal a la negación del bien, ya que el mal carece de entidad. Es en el desarrollo de la teología cristiana que algunos pensadores como los gnósticos o maniqueos le otorgan realidad ontológica generando un pensamiento dualista. El mal alcanza para el cristianismo una realidad de que carece en la filosofía griega, donde es negado por carecer de peso ontológico. El mal es siempre superable por el bien. La teología cristiana se encuentra con la dificultad muchas veces no solucionada de que este mal no se resuelva necesariamente en el bien, que pueda permanecer independiente del bien como pecado. Para la teología cristiana el mal es introducido en la creación por el hombre, un mundo sin hombre carecería de mal, de hecho este aparece, es generado, por la voluntad del hombre que se separa de la voluntad divina. Sin embargo, en razón de la condición histórica y temporal de su elección no se encuentra irrevocablemente sometido a la elección pecaminosa de sus orígenes. Hay una promesa de redención que le permitirá volver al reino de Dios, su padre, auxiliado por la gracia obtenida por la elección libre del bien por parte del redentor. El mal no aparece por ignorancia, ceguera o debilidad de la voluntad, como sería el caso para los griegos, sino por el ejercicio del mal en una elección deliberada y asumida con perfidia, dureza y desprecio contra Dios. La respuesta de la teología cristiana sufre la dificultad de toda la filosofía: poder pensar y definir el mal no como mera negatividad sino como algo positivo.

La posibilidad del mal. A partir de la modernidad la significación del acto libre entendido en el doble sentido de realización de la libertad y de vuelta de ella contra sí misma posibilita comenzar a pensar el mal de manera positiva. El hilo conductor de esta reflexión es el hilo de voluntad maligna que permite pensar el mal no como una simple falta o una disfunción provisoria (como sería el caso de pensarlo como una falla biológica, psicológica o sociológica, tan común en el ambiente cientificista), sino como una negatividad positiva puesta por la acción misma. Es necesario, para poder pensarlo, resistir al escándalo que significa introducir filosóficamente este concepto en positivo, con el propósito de que deje de ser un accidente de la historia personal o social. Esta es la única posibilidad de poder pensar e imaginar seres humanos malos y comunidades malignas, que hacen el mal queriendo el mal. Si el mal puede ser el fin de una acción, esta sería una facultad activa regida por la destrucción, es decir, esencialmente negativa. ¿Puede buscar el hombre destruirse a sí mismo y a la sociedad de la que forma parte? ¿Puede el hombre buscar el mal? Podemos poner en esta categoría de actos los crímenes denominados de lesa humanidad. Estos no solo violan objetivamente todo imperativo ético, sino que tienen como objetivo, desde el punto de vista de su intención y de su finalidad, la supresión de las formas conocidas de la humanidad. Una acción de tal nivel de criminalidad niega la condición humana, la dignidad humana, ya que siempre considera al otro, mediante el empleo sistemático de la violencia, como un medio, como un objeto y nunca como un fin en sí mismo; por consiguiente, destruye la naturaleza humana como posibilidad. Pensar la posibilidad del mal proviene de concebir al hombre como capaz de bien y mal, como indeterminado, lo cual puede conducirlo al mayor grado de perfeccionamiento: a una existencia feliz y solidaria o a su destrucción.

Referencias

Denis Rosenfield, *Du mal. Essai pour introduire en philosophie le concept de mal*, Paris, Aubier, 1989. - Ernst Tugendhat, *Vorlesungen über Ethik*, Frankfurt, Suhrkamp, 1993 (trad. castellana, *Lecciones de ética*, Barcelona, Gedisa, 1997). - Paul Ricoeur, *Le mal. Un défi a la philosophie et à la theologie*, Genève, Labor et Fides, 1986. - Manuel Fraijó,

Dios, el mal y otros ensayos, Madrid, Trotta, 2004. - Tzvetan Todorov, *Memoria del mal, tentación del bien*, Barcelona, Península, 2002.

Origen y presencia del mal en el mundo

Leandro Pinkler (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

El pensamiento antiguo y cristiano. Ante la pregunta por la naturaleza intrínseca del mal resulta necesario distinguir entre el *mal* denominado *moral* –el producido por un agente humano y como tal responsable– y el *mal natural* –referido a cataclismos, terremotos y demás desastres de la naturaleza–. Existen distintas perspectivas para explicar la relación entre ambos, y estas varían en relación con otra dimensión del problema: la cuestión del *origen del mal.* Más allá de la constatación de la efectiva existencia del mal en la vida –la *facticidad* del mal– se plantea la pregunta de por qué existe en el mundo, que como toda pregunta por el origen ha sido el tema dilecto de la especulación metafísica y de las tradiciones religiosas y mitológicas. Paul Ricoeur ha mostrado con claridad cómo tal cuestionamiento atraviesa el pensamiento de Occidente y encuentra en San Agustín su expresión fundamental: efectivamente el pensador cristiano sostiene, por una parte, la tesis de que el mal no tiene autonomía ontológica en tanto no es negación del bien sino privación –*privatio boni*– (como la oscuridad lo es de la luz, de acuerdo con la distinción de privación ya presente en Aristóteles), pero, por otra, introduce en la interpretación de texto bíblico (*Genesis* 2,3) la concepción de *pecado original*, que inscribe la raíz del mal en el agente humano –*ab homine*–. La vitalidad del planteo agustiniano solo puede comprenderse en el contexto de la historia del cristianismo, en especial frente a la concepción del gnosticismo, que instaura un mito de origen en que tanto el Creador –el Demiurgo que se diferencia del Dios pleromático– como el Mundo por él creado son malos en su naturaleza esencial. Tal cosmovisión recibe habitualmente la denominación de *dualismo* y se manifiesta como una matriz de pensamiento para simbolizar el problema del mal en términos de un conflicto entre dos potencias que luchan eternamente entre sí –a la manera de la concepción de Zoroastro, y del maniqueísmo en que San Agustín fue iniciado– y hace del cosmos una máquina de perdición y de salvación. Como vemos, toda la dinámica de los cuestionamientos siempre sitúa el problema como una relación entre estos tres términos fundamentales: Dios-Hombre-Mundo.

El pensamiento de la modernidad. La continuación del pensamiento cristiano ha expresado la cuestión esencial de la siguiente manera: ¿cómo es posible que Dios, benevolente y todopoderoso, permita la existencia del mal en el mundo? Este planteo se conoce con el nombre *Teodicea* –de *theós*, Dios, y *dike*, *justicia*–, título de la obra de Leibniz en la que el filósofo afirma que Dios creó a partir de un cálculo matemático perfecto *"el mejor de los mundos posibles*", es decir: un mundo en el que el mal existe y el ser humano es capaz de elegir entre el bien y el mal (otros mundos posibles incluyen la inexistencia del mal y del humano, o su total nulidad). Pero tal formulación fue llevada a una ironización en términos del iluminismo de Voltaire, que después del tremendo terremoto de Lisboa en su obra *Cándido* repite continuamente ante una realidad que demuestra lo contrario: "este es *el mejor de los mundos posibles*". El pensamiento de la modernidad en una progresiva desacralización llegará a identificar el bien más y más con la razón hasta llegar a la obra de F. Nietzsche, en la que el pensamiento trágico griego vuelve a reformularse en una concepción del mundo *Jenseits von Gut und Böse –Más allá del bien y del mal–* . Así como en el universo trágico de los griegos se muestra al ser humano ante un conflicto irresoluble, Nietzsche sostiene que la vida comporta un elemento esencial de crueldad y terrible fortaleza –simbolizado a lo largo de toda su obra por el dios Dioniso– que el ser humano es incapaz de soportar sin crear una serie de ilusiones analgésicas. Y de tal actitud negadora de la vida no hay mayor exponente que el cristianismo que ha creado *"la ridiculez de un Dios bueno".* La crítica de la moral y de la religión de Nietzsche ha marcado en gran medida el pensamiento del siglo XX y ha sido complementada por la impronta del psicoanálisis. S. Freud ha planteado fundamentalmente la cuestión de la etiología del mal en términos de lo que él ha denominado *la pulsión de muerte –Todestrieb–*. Para explicar la tendencia del ser humano a la repetición mecánica, Freud construye la tesis de un impulso contrario a la *pulsión de vida* y ve en esta dinámica de un dualismo pulsional (*Eros–Thánatos*) la intrínseca tendencia del organismo vivo de regresar al estado previo inorgánico; y en el ser humano esto se manifiesta como un goce en la realización de acciones destructivas.

Referencias

Paul Ricoeur, "Introducción a la simbólica del mal", en *El conflicto de las interpretaciones*, México, FCE, 2004. - F. García Bazán, *La gnosis eterna,* Madrid, Trotta, 2003. - G. W. Leibniz, *Essais de théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal*, 1710, - Voltaire. *Candide,* 1759. - Friedrich Nietzsche, *Más allá del bien y del mal,* 1886; *El Anticristo*, 1888. - Sigmund Freud, *Más allá del principio del placer,* 1920.

Norma

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Normas descriptivas, prescriptivas y lógicas. En tanto la bioética ha sido considerada una rama de la ética normativa, conviene precisar el concepto de *norma* o *regla.* Y aunque hay distintos autores que se han referido a ello, es útil recordar a modo de ejemplo y sin querer dar cuenta de otros abordajes, las distinciones que al respecto hiciera Georg Henrik von Wright (1963) quien introdujo el término "deóntico" como cercano a "normativismo" y distante del tradicional concepto de "deontología". Para este autor, la norma entendida bajo el significado de *ley* se usa en tres sentidos: como *leyes del Estado,* como *leyes de la naturaleza* y como *leyes de la lógica.* Las leyes de la naturaleza son *descriptivas*, ya que describen regularidades de la naturaleza y son verdaderas o falsas. Las leyes del Estado en cambio son *prescriptivas*, ya que establecen reglamentos para la conducta y la interacción humana, y no tienen valor veritativo. Con esta distinción descriptivo-prescriptivo puede decirse que, en sentido estricto, normas son solo las prescriptivas aunque haya que precisar aún más esta idea. Las leyes de la lógica, finalmente, no son descriptivas ni prescriptivas, ya que solo establecen un patrón con el que puede juzgarse si la gente piensa correctamente o no, enunciando verdades acerca de las entidades lógicas y matemáticas. Sin embargo, existen dos posiciones tradicionales con respecto al lugar de la lógica. Para los *realistas* (el platonismo), las leyes de la lógica son muy parecidas a las de la naturaleza, tienen como ellas valor veritativo, pero son necesariamente verdaderas, eternas e imperecederas, a diferencia de las de la naturaleza, que son mutables y contingentes. Para los *nominalistas* o *convencionalistas* (Roscelino, Occam), las leyes de la lógica aparecen como comparables a las "reglas de un juego" que determinan en el pensar qué operaciones son posibles, legítimas o correctas. Los realistas contestarán que se pueden convenir y cambiar entre los hombres las reglas de juego pero no los patrones de verdad. Sin embargo, más allá de estas dos posiciones, podría decirse que más que descriptivas o prescriptivas las normas lógicas *determinan* algo.

Grupos mayores y menores de normas. Además del sentido de la norma como ley, Von Wright distingue tres grandes grupos o tipos de normas llamados *reglas, prescripciones* y *normas técnicas* (directrices), y tres grupos menores llamados *costumbres, principios morales* y *reglas ideales.* 1. Las *reglas* (de un juego, de la gramática, de un cálculo lógico y matemático) determinan el patrón fijo de movimientos *correctos, permitidos* y *obligatorios* a realizar. No obstante, hay una diferencia en la dimensión *semántica* que tienen la gramática y el cálculo y no tienen los juegos. 2. Las *prescripciones* (regulaciones) son dadas o dictadas por alguien (una autoridad normativa), van dirigidas a alguien (el sujeto normativo), buscan un comportamiento determinado del sujeto, son promulgadas o dadas a conocer, y son sancionadas porque conllevan una amenaza o sanción ante el no cumplimiento. 3. Las *normas técnicas* (directrices) guardan relación entre *medios* a emplear y *fin* buscado, entre algo que se desea y algo que debe hacerse, no son descriptivas ni prescriptivas. Para von Wright decir "Si quieres hacer la cabaña habitable tienes que calentarla", es una norma técnica, pero decir: "Para hacer la casa habitable, debe calentarse", es una oración descriptiva, ya que señala la condición *necesaria* de calentar la casa para que sea habitable. Un enunciado que indica que algo es o no es una condición necesaria para otro algo, es llamado un *enunciado anankástico,* y así puede también hablarse de oraciones y proposiciones anankásticas. Estas proposiciones no son normas técnicas ni tienen la relación lógica con ellas de *presuponerlas.*

i) Las *costumbres* pueden ser consideradas hábitos sociales o regularidades en la conducta de los individuos en circunstancias recurrentes, son adquiridas y no innatas, y pueden ser asemejadas a ceremonias, modas y modales. Tienen cierta semejanza con las regularidades de la naturaleza, pero se diferencian de ellas porque las regularidades de las costumbres puede romperlas el hombre mientras que la naturaleza no puede romper sus leyes. Por ello, las costumbres se asemejan a las prescripciones aunque su autoridad normativa es anónima y no necesitan ser promulgadas; pero también se asemejan a las reglas en cuanto determinan formas de vida y en cuanto raramente son sancionadas si no se obedecen.

ii) Los *principios morales* (normas morales) tienen una característica sui generis que los hace conceptualmente autónomos, aunque su peculiaridad es que "tienen complicadas afinidades lógicas con los otros tipos principales de normas y con las nociones valorativas de bien y mal. Comprender la naturaleza de las normas morales no es por eso descubrir una única característica en ellas; es examinar sus complejas afinidades con cierto número de *otras* cosas". Aunque en conjunto no determinan una actividad práctica, como lo hacen las reglas, en algunos casos (p. ej., las promesas deben cumplirse) son obligaciones lógicamente inherentes a una institución establecida (p. ej., la institución de hacer y aceptar promesas). Con respecto a las costumbres, los principios morales pueden observarse sobre su trasfondo en algunos casos, como el de las ideas morales sobre la sexualidad,

pero en otros muchos casos, como la obligación de cumplir promesas, esta perspectiva no tiene ningún sentido. Los principios morales, aunque puedan estar *soportados* por ellas, no deben confundirse con las prescripciones, ya se originen estas en la autoridad de la familia, en las leyes del Estado o en las leyes de Dios. Tampoco deben confundirse desde una visión teleológica (eudemonismo, utilitarismo) con las normas técnicas para el logro de ciertos fines –la felicidad de los individuos, el bienestar de la comunidad– ya que los fines no pueden especificarse independientemente de las consideraciones de bien y mal que se tengan.

iii) Los cinco grupos anteriores de normas se ocupan de lo que puede o debe o tiene que *hacerse* o no. Las *reglas ideales*, en cambio, guardan más relación con el *ser* que con el *hacer.* En general, se hace referencia a ellas al decir que las personas deben ser generosas, sinceras, justas, ecuánimes, etc.; y, en particular, cuando decimos que un maestro debe ser paciente, firme y comprensivo. Las reglas ideales están estrechamente conectadas con el concepto de *bondad*: las propiedades que un artesano, un juez (un clínico o político en salud) tienen que poseer son las de un *buen* artesano o juez y no las que *cada uno* de ellos podría tener. Esas características que exigen las reglas ideales pueden denominarse las *virtudes* características de la clase de personas de las que estemos hablando, sean los artesanos o jueces (clínicos o políticos en salud). Por ello se habla de reglas *morales* o ideales para referirse a los hombres en general y de *virtudes* para tratar de un grupo de hombres en particular (agrupados por su profesión, etc.). Deben diferenciarse, sin embargo, las reglas ideales de las normas técnicas, ya que si bien el esfuerzo por un ideal de hombre bueno podría asemejarse a la persecución de un fin, las cualidades de un hombre bueno no se relacionan *causalmente* con el ideal de una buena sociedad del mismo modo que las virtudes del buen médico no pueden ser la causa de la salud de la población.

Referencias

G. Henrik von Wright, *Norm and Action. A Logical Enquiry*, 1963, traducción española de Pedro García Ferrero, *Norma y acción. Una investigación lógica,* Madrid, Tecnos, 1970. - Edmund Husserl, *Logische Untersuchungen*, 1900-1901 (1.ª ed.), 1913 (2.ª ed.), traducción española de Manuel Morente y José Gaos, *Investigaciones lógicas,* Madrid, Revista de Occidente, 1976. - Carlos Alchourrón y Eugenio Bulygin, *Introducción a la metodología de las ciencias jurídicas y sociales,* Buenos Aires, Astrea, 1974 (versión en inglés, *Normative Systems,* New York, Springer, 1971).

Intuición

Diego Parente (Argentina) - *Universidad Nacional de Mar del Plata*

Aspecto histórico. La historia de la filosofía muestra el concepto de *intuición* en estrecha vinculación con el vocabulario de la problemática gnoseológica. Específicamente, suele aludirse con él a una captación directa e inmediata de una realidad o bien a la comprensión directa e inmediata de una verdad. En cualquiera de estos casos, la tematización filosófica de la intuición aparece relacionada con la determinación del conocimiento, manifestándose como uno de sus momentos constitutivos. Aristóteles señala –retomando la distinción platónica entre el pensar discursivo y el intuitivo– la diferencia entre la intuición *sensible* y la *inteligible*, siendo esta última la prioritaria para el filósofo. Los autores modernos resignificaron tal comprensión a la luz de un sujeto entendido como portador de representaciones enfrentado a un mundo externo. En tal sentido, Descartes piensa la intuición como un acto de pensamiento puro de carácter infalible, opuesto a la percepción sensible cuya naturaleza tiende a ser fuente de errores y confusiones. Posteriormente, Immanuel Kant profundiza esta perspectiva distinguiendo entre una intuición *pura*, una *empírica* y una *intelectual*. Solo la sensibilidad produce intuición, si bien esta última no resulta suficiente para la conformación de un juicio –tal como afirma en su *Crítica de la razón pura*, los pensamientos sin contenido son vacíos, mientras que las intuiciones sin conceptos son ciegas–. A diferencia del planteo kantiano, Edmund Husserl comprende la intuición como algo contrapuesto a la percepción. La intuición implica la captación de un *eidos*, algo que no se da en la percepción. De tal manera, Husserl pretende eliminar la separación entre el momento categorial (conceptual) y el sensitivo (intuitivo). Podría afirmarse, en resumen, que en el ámbito gnoseológico es común distinguir dos tipos de intuición: la *sensible* (concerniente a datos u objetos percibidos a través de los sentidos) y la *no-sensible* (referida a universales o entidades metafísicas que se hallan más allá de toda aprehensión sensorial). Ambos tipos se caracterizan por brindar un acceso directo e inmediato sin intermediarios, ya sea a realidades o a proposiciones.

La intuición como aspecto ético. Dentro del nivel de reflexión metaético, es decir, de la reflexión sobre la semiosis del lenguaje moral, el intuicionismo se caracteriza por responder afirmativamente a la pregunta de si los términos normativos básicos (bueno, deber, etc.) expresan alguna forma de conocimiento, es decir, si las proposiciones normativas resultan analogables a las descriptivas en un

sentido relevante. A diferencia de las posiciones no-cognitivistas, el intuicionismo sostiene que, en efecto, los términos morales expresan conocimiento. Ahora bien, en la medida en que critica al naturalismo su pretensión de definir los términos éticos meramente por referencia a propiedades naturales, el intuicionismo puede ser interpretado como una posición metaética de orientación cognitivista y no-definicionista. Entre sus representantes analíticos más importantes debe mencionarse a George E. Moore, W. D. Ross y Harold Pritchard, quienes coinciden en la afirmación básica de que los términos éticos, aunque tienen sentido, no pueden definirse, ya que las definiciones utilizan necesariamente términos naturales y lo normativo es no-natural. Tal es la posición asumida por Moore en sus *Principia Ethica*. Allí entiende la *definición* como un análisis de un concepto complejo que se ocupa de descomponer sus partes simples. En cuanto se reconoce que *bueno* es un concepto simple, se desprende su indefinibilidad. Toda tentativa de definir bueno conduce a la conocida "falacia naturalista", ya vislumbrada por David Hume en su *Treatise of Human Nature*, donde señala la inadecuación lógica implícita en la derivación de un *debe* a partir de un *es*. También se considera intuicionistas a Max Scheler y Nicolai Hartmann, representantes de la ética material de los valores. Ambos pensadores sostienen la idea de que los valores son aprehendidos a través de intuiciones (o aprehensiones) emocionales. En estos autores se halla una defensa de la objetividad de los valores junto con un reconocimiento de su indefinibilidad. En cierto sentido, Scheler y Hartmann se insertan en la orientación fundada por los moralistas británicos del siglo XVIII, quienes postulaban la existencia de un *moral sense* y apelaban al sentimiento como criterio de fundamentación. Tanto Scheler como Hartmann han enfrentado varias críticas en cuanto a su pretensión de fundamentar la ética a partir de un criterio de tipo intuicionista –críticas entre las cuales se destacan las provenientes de la escuela neopositivista y el existencialismo–. En cuanto a esta debilidad del modelo intuicionista, se destaca el argumento que señala que, si bien puede discutirse la existencia de intuiciones emocionales que proporcionan conocimiento axiológico, resulta indiscutible que ellas no sirven como fundamento porque, en caso de discrepancias, no hay criterio para determinar cuáles intuiciones son las correctas.

Referencias

Max Scheler, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik,* Berna, Francke, 1966. - Nicolai Hartmann, *Ethik*, Berlin, Gruyter, 1962. - Ricardo Maliandi. *Ética: conceptos y problemas*, Buenos Aires, Biblos, 2004.

Preferencia y elección

Luisa Monsalve Medina (Colombia) -
Universidad Externado de Colombia

Cómo definir los conceptos de preferencia y elección. Los conceptos de *preferencia* y *elección* son relevantes en la tradición filosófica para describir la acción humana desde la dimensión específica de la racionalidad práctica. Se trata de dos conceptos que están tan estrechamente vinculados en su significación y en su uso que resulta innecesario establecer definiciones radicalmente distintas entre ellos y por eso es mejor atender a sus implicaciones mutuas. Elegir un curso de acción es preferir ciertas opciones particulares en relación con otros cursos de acción igualmente disponibles. Dado que siempre es posible elegir entre varias opciones, se plantea entonces la cuestión filosófica acerca de los criterios de racionalidad de nuestras elecciones.

Desarrollo histórico-filosófico de los conceptos de preferencia y elección. Desde Aristóteles (*Gran ética*, libro primero, XVI-XVII) se considera la preferencia que escoge como inseparable de la reflexión y de la deliberación. Cuando la elección es fruto de la deliberación decimos que se trata de una acción realizada voluntariamente. Ahora bien, *preferir* es un acto que se ejerce en función de cosas que pueden hacerse y respecto de las cuales la voluntad no se encuentra determinada, como sucede en aquellos asuntos humanos en los que siempre es posible equivocarse al apreciar qué cosa es más conveniente realizar. Toda elección se hace teniendo en cuenta lo que parece mejor para alcanzar aquello que se considera el fin o el bien de la acción. Así, no es tanto sobre la salud como fin de la acción que se ejerce la deliberación reflexiva, sino sobre los mejores medios que permiten alcanzarla: el ejercicio, la dieta o la medicación. Frente a la pluralidad de bienes, la tradición aristotélica establece una jerarquía que identifica la felicidad con el bien supremo, y en la que la virtud, entendida como prudencia frente al exceso y al defecto, hace posible la *recta* elección. Esta concepción de racionalidad práctica es asumida, en gran medida, por la historia de la filosofía moral, que sigue considerando la elección como una deliberación en la que la razón interviene aportando fundamentos y principios.

Preferencia y elección o deliberación entre valores y bienes. Como vemos, hay una relación estrecha entre valores y bienes y la elección reflexiva, en cuanto el objeto de la preferencia es aquel que mejor conduce a la realización de los fines de la acción. Y es esta dimensión objetiva de lo deseable el punto de partida de la racionalidad práctica. Comprender la lógica de la elección y la preferencia presupone, entonces, una teoría del valor y

de la cultura que relacione la acción práctica con la búsqueda de aquellos bienes que se consideran importantes para cubrir las necesidades de sobrevivencia y convivencia social de grupos humanos particulares. De este modo, la elección resulta inseparable de la estimación emocional de las propias necesidades: los bienes a preferir son distintos, por ejemplo, en un comerciante, un artista o un político. Para un comerciante, el incremento en sus negocios es más importante (valioso) que la belleza o la búsqueda del poder. Estas consideraciones muestran que los bienes se originan en prácticas sociales diferentes frente a las cuales es menester establecer las preferencias y las lealtades vitales. Las preferencias consideradas desde este punto de vista valorativo son la forma en que las personas expresan grados comparativos de deseos respecto a diferentes fines de acción.

Modernidad, utilitarismo y preferencia. Con el advenimiento de la sociedad moderna, se abandona la pretensión clásica de un marco unificado de bienes, y la búsqueda de la felicidad y el bienestar queda en manos de la deliberación prudencial del agente moral autónomo. En este orden de ideas, el utilitarismo normativo, en una versión actualizada diferente del utilitarismo hedonista tradicional de Bentham, plantea una teoría moral compleja en torno a la optimización de las preferencias y el bienestar en función de los intereses del agente moral (Williams, 1991). Para este tipo de utilitarismo, la mejor elección es aquella que fomenta cursos de acción que favorecen la realización de las preferencias del agente moral. Aquí no se establece que el agente deba tener un tipo particular de preferencias (no hay una concepción predominante de bien, ser virtuoso, como en la tradición aristotélica), solo se afirma que la satisfacción de esas preferencias generales (basadas en las creencias, los deseos o necesidades y las metas de la vida del agente) es fuente de bienestar, es útil para esa persona y, en consecuencia, deben ser fomentadas, esto significa que el bienestar, además de ser comprendido como la satisfacción de aquellas necesidades cuya frustración serían fuente de sufrimiento, también debe ser considerado como una exigencia moral que tiene en cuenta las preferencias prudenciales del agente cuando este delibera acerca de lo que debería realizar si estuviera plenamente informado y sopesara aquella elección que le generaría mayor utilidad y bienestar.

Conflicto entre preferencias y autonomía moral. Esta última perspectiva nos permite comprender los dilemas morales como conflictos entre las preferencias, y la autonomía moral como una deliberación prudencial en torno al bienestar. Es justamente Harry Frankfurt (1971) quien propone una psicología de la elección en la que el agente cuenta con dos grados o niveles de preferencia: uno que abarca las preferencias por la propia satisfacción del deseo (grado inferior), y otro que contiene las preferencias de segundo orden (grado superior) que modifican las preferencias del primer orden. Un alcohólico, por ejemplo, puede sentir (simultáneamente) el deseo de beber y el deseo de segundo orden de no desear lo que desea, es decir, preferir no beber. De acuerdo con este planteamiento es posible definir la autonomía como la capacidad que tiene una persona de identificarse con, o rechazar los deseos o preferencias de primer orden, es decir, ser capaz de modificar la estructura de las preferencias. Esto implicaría que hay cierto margen para que los agentes sean reflexivos cuando responden a conflictos entre sus preferencias de primer y segundo órdenes y puedan en todo caso ser responsables por sus elecciones, es decir, ser responsables de actuar movidos por el deseo por el que eligen ser movidos, por un deseo al que se asintió.

Pluralismo moral, bioética, preferencia y elección. En una sociedad liberal, donde el valor de la libertad individual supone la convicción socialmente compartida de que hay que respetar el pluralismo (diferentes concepciones del bien presentes en las diferentes tradiciones morales), se impone una concepción de la preferencia y de la elección en la que el contenido de las convicciones y de los ideales de perfección permanecen en el ámbito de la autonomía deliberativa de la persona soberana, y en el que, por tanto, el deber de quien busca la benevolencia con el otro consiste justamente en respetar el marco de deliberación de sus preferencias. Para la bioética resulta de particular importancia el reconocimiento del papel que juegan los conceptos morales de preferencia y elección para examinar hasta qué punto se respetan, por ejemplo, en el ámbito de la salud, las preferencias y convicciones del paciente, y se promueve su autonomía mediante una información adecuada acerca de las condiciones de su bienestar. Pero no solo en el ámbito individual resultan pertinentes las preguntas sobre la preferencia y la elección; igual importancia revisten cuando se llevan a cabo en asuntos que involucran distribución de recursos y satisfacción de necesidades en las políticas públicas y que implica una consideración profunda de la bioética con el tema de la justicia.

Referencias

Aristóteles, *Obras,* Madrid, Aguilar, 1977. - Harry G. Frankfurt, "Freedom of the Will and the Concept of a Person", *Journal of Philosophy,* 68, 1971, pp. 5-20. - Bernard Williams, *La ética y los límites de la filosofía,* Caracas, Monte Ávila, 1991.

Consenso y persuasión

José Roque Junges (Brasil) - *Universidade do Vale do Rio dos Sinos*

Sociedad y moral. En las sociedades en las que lo colectivo es la base de la organización social, las tradiciones morales de la comunidad tienen fuerte poder de persuasión y fundamentan los comportamientos socialmente aceptados y promovidos. La retórica persuasiva justifica y garantiza la moralidad de las personas. Así, la ética se identifica con el *ethos* cultural de la comunidad. En las sociedades entendidas como contrato social entre individuos, lo colectivo no es más que el punto de partida de las relaciones sociales. Esa es la comprensión moderna de sociedad fruto de la emergencia cultural del individuo. Los intereses individuales pasan a ocupar el lugar central en la organización de la sociedad. Poniendo el acento en los intereses de cada uno, el pluralismo de opiniones es, antes que nada, un hecho sociocultural innegable y una exigencia ética de la propia convivencia social, ya que no es más lo colectivo lo que define los parámetros de la sociedad. No existe más una autoridad, expresión de lo colectivo, que pueda definir lo que es moralmente aceptado. El único camino posible para superar el conflicto de intereses es definir procedimientos para llegar a un consenso aceptado por todos. De esa forma, el debate argumentativo sustituye la retórica persuasiva. Puede decirse que existen dos caminos de justificación de los juicios y de las normas morales o dos formas de fundamentar un sistema moral: por el *consenso* (argumentación) o por la *persuasión* (retórica).

Consenso. El consenso tiene como punto de partida la constatación irreversible del pluralismo de ideas morales en la sociedad actual y la necesidad de usar el debate de ideas y el discurso racional como medio de justificación de las normas morales que son pautadas por el criterio de la universalidad de su extensión y de la coherencia racional de su justificación. Esos criterios fundamentan el procedimiento para llegar al consenso, garantía de aceptación de cualquier norma moral. Pero el consenso no se identifica con la búsqueda del camino más fácil del simple acuerdo o de la conciliación por la acción. Tampoco puede ser fruto de votación de la mayoría debido a las posibles presiones y manipulaciones de grupos de poder. Es necesario comprender las apuestas fundamentales que están en juego mediante una ponderación seria. El único camino es la argumentación y la coherencia racional para lo cual es necesario crear las condiciones pragmáticas de su factibilidad, por eso exige el debate argumentativo y la confrontación crítica para llegar a las razones de por qué se reconoce una norma como válida. La fuerza y la coherencia de esas razones garantizan la estabilidad del sistema ético. Esa tendencia corresponde a la *ética del discurso* de Habermas y a la *ética contractual* de Rawls.

Persuasión. Otra forma de justificación moral, la persuasión, tiene como punto de referencia la comprensión de valores de una determinada tradición moral. Los valores son aceptados por adhesión e interiorización afectiva por medio de la pertenencia a una comunidad moral. La religión tiene un papel importante en esa adhesión e interiorización. Esa forma se identifica con el emotivismo moral, más preocupado con contenidos morales que con procedimientos. La persuasión afectiva sustituye el consenso racional. Se trata de una ética comunitarista de la virtud. Los sofistas griegos daban gran importancia a la persuasión, contra la cual Platón reaccionó en sus numerosos ataques a la sofística, porque veía en ella una manipulación falaz de palabras para engañar al oyente. Pero Platón, al mismo tiempo, intentó distinguir entre la falsa y la legítima persuasión. Esta última es la tentativa de conducir el alma por la vía de la verdad que, en el fondo, se identifica, para Platón, con la dialéctica. La persuasión puede significar una domesticación de la conciencia, apuntando a la necesidad de armonización entre los valores colectivos (*ethos* colectivo) y la conciencia individual (interiorización de las normas) y de la articulación de lo psicológico (emoción) con lo racional (argumentación).

¿Ética de consenso o ética de persuasión? Por el consenso se alcanza una ética de mínimos, que son las normas consensuadas, y por la persuasión, una ética de máximos, que se identifican con los valores y las virtudes morales. En una situación de pluralismo moral se define el mínimo moral que todos necesitan aceptar para que la convivencia social sea posible. Para esa mentalidad, los máximos son supererogatorios que solo una decisión privada y particular asume, pero no pueden ser comportamientos socialmente exigidos. Por ejemplo, se impone el cumplimiento de las exigencias de un contrato firmado o de las obligaciones de un código profesional; sin embargo, no se exige la actitud interna de honestidad, al cumplir el contrato, o de fidelidad, en el ejercicio profesional. Las primeras son exigencias públicas, mientras que las segundas se refieren a opciones privadas. La pregunta que puede plantearse es si basta una pura ética de mínimos para afrontar la crisis moral que alcanza diferentes sectores de la sociedad. La moral de la "viveza criolla" ("*jeitinho*") y de la astucia para sacar provecho en todo se tornó una práctica común, pues los límites impuestos por los mínimos morales siempre son modificables y objetos de interpretación al servicio de intereses y demandas individuales. ¿No sería necesario volver al discurso de

las virtudes o a la autoética para enfrentar la actual crisis moral? Es lo que algunos autores que reflexionan sobre ética están proponiendo. Los análisis de Bauman sobre *ética posmoderna*, los de Taylor sobre *ética de la autenticidad* y de Morin sobre *autoética* apuntan a la necesidad de la perspectiva de la persuasión. El problema, sin embargo, es que no existe ninguna institución con autoridad moral para desarrollar una retórica persuasiva. Existen también los desafíos éticos de la ingeniería genética. ¿Las intervenciones que apuntan a una identidad poshumana pueden ser éticamente justificadas por el simple consenso? Existen bienes y valores fundamentales de la identidad humana que es necesario preservar para que no haya una cosificación y anulación de lo humano. Esa es la preocupación que Habermas expresa en su libro *El futuro de la naturaleza humana*, en el que defiende el posible uso de la categoría de naturaleza humana para enfrentar los posibles desvíos de las intervenciones biotecnológicas sobre el humano. Llega a defender la importancia de la fuerza articuladora del lenguaje religioso, diciendo que no puede expulsarse la religión de la esfera pública, privando a la sociedad secular de los recursos fundadores de sentido ofrecidos por ella e importantes en el momento de reflexionar sobre dilemas éticos. Esto significa que la ética de la persuasión centrada en la motivación, completa la ética argumentativa del consenso o responde mejor cuando se está delante de situaciones morales de frontera. Habermas ya se había referido a esa cuestión al discutir las etapas de la teoría de la evolución del juicio moral de Kohlberg o al reflexionar sobre en qué sentido la solidaridad se diferencia de la justicia. La justicia, entendida como equidad, solo es alcanzable si es objeto de un contrato de individuos que se reportan a una situación original en la que aún no son movidos por intereses puramente individuales, como bien demostró Rawls. Así, la justicia como equidad es fruto de un consenso, pero la situación original no es puro consenso, exige, en el fondo, la motivación persuasiva de la solidaridad. La justicia como equidad está fundada y tiene como objeto primordial los derechos de cada uno. Esa perspectiva de los derechos no logra responder ni resolver ciertas situaciones, cuando el meollo de la cuestión son las interrelaciones y no los individuos. De este modo, la perspectiva del cuidado más centrada en las relaciones completa el enfoque de la justicia más preocupada con los derechos de cada uno. El cuidado no es una cuestión de consenso, sino de persuasión por una actitud que busca preservar relaciones. En muchas situaciones, es necesario invocar el consenso para alcanzar la justicia que defiende los derechos subjetivos, en otras es insuficiente, porque están implicadas relaciones, como es el caso, por ejemplo, de los dilemas éticos de la reproducción humana y de la ecología.

Bioética en América Latina. A pesar de que América Latina tiene crecientes sectores medios e intelectuales pautados por la ética procedimental moderna centrada en el consenso, amplios sectores populares continúan teniendo como referencia en su actuar los valores morales de su comunidad de pertenencia cultural en la cual la religión tiene el papel fundamental. La cultura ética latinoamericana, por un lado, necesita un aprendizaje del consenso para la construcción de una justicia inclusiva que respete y realice los derechos de cada uno. Por otro, tiene reservas morales en sus tradiciones que sustentan la perspectiva de lo colectivo y persuaden motivaciones en la línea de la solidaridad. Esa es su contribución para una reflexión ética mundial. Una bioética con rostro latinoamericano no puede olvidar este hecho, por eso es importante tener presente las representaciones culturales y morales del pueblo en la respuesta a los dilemas éticos de las biotecnologías. El desafío del contexto latinoamericano es cómo conjugar los dos caminos –del consenso y de la persuasión– al afrontar las cuestiones morales de la bioética.

Referencias

Z. Bauman, *Ética pósmoderna*, São Paulo, Paulus, 1997. - Jürgen Habermas, *Consciência moral e agir comunicativo*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. - Jürgen Habermas, *El futuro de la naturaleza humana.* ¿Hacia una eugenesia liberal?, Buenos Aires, Paidós, 2002. - Edgar Morin, *O Método 6. Ética*. Porto Alegre, Ed. Sulina, 2005. - J. B. Rauzy, “Conflito e consenso”, en M. Canto-Sperber, *Dicionário de Ética e Filosofia Moral,* São Leopoldo, Ed. Unisinos, 2003, vol. 1, pp. 303-309. - John Rawls, *Uma teoria da justiça*. São Paulo, Martins Fontes, 1997. - Charles Taylor, *The Ethics of Authenticity*, Cambridge (Ms.), Harvard University Press, 1991.

Emociones morales y acción

Olga Elizabeth Hansberg Torres (México) - *Universidad Autónoma de México*

La complejidad de las emociones y su papel en la vida mental se refleja en el papel cambiante que han tenido en la historia de la ética. Han sido consideradas como una amenaza para la moralidad y la racionalidad y también como fundamento de toda individualidad y moralidad. El papel que se asigne a las emociones en la vida moral dependerá, pues, de cómo se conciban las emociones y la moralidad. Sin embargo, actualmente pocos dudan de la importancia de las emociones para el bienestar humano y para la vida moral.

Las emociones. Las emociones son un grupo de estados mentales muy heterogéneo en el que se incluyen tanto las llamadas emociones primarias, como miedo, ira, alegría y disgusto, que tienen expresiones espontáneas que pueden reconocerse universalmente, como también emociones que dependen del intercambio social, de la diversidad cultural y de las características individuales, como agradecimiento, admiración, envidia, remordimiento, culpa, indignación y celos. Lo que distingue a las emociones de otros estados afectivos es su intencionalidad, esto es, el que estén dirigidos a un objeto. Así, Juan tiene miedo de que lo secuestren, terror a los fantasmas, se siente culpable de haberle fallado al amigo, está orgulloso de ser un buen cirujano, ama a Laura y odia a Pedro. Es esencial también distinguir entre episodios emocionales (montó en cólera cuando supo de la traición), disposiciones a tener una emoción (cuando lo ve siente una gran ternura) y emociones a largo plazo (la ha amado siempre). La mayoría de los estudiosos de las emociones se ha ocupado solo de los episodios emocionales y de sus distintos aspectos, entre los que habría que mencionar las sensaciones o experiencia subjetiva de la emoción, los cambios fisiológicos característicos, las expresiones no intencionales, las conexiones con estados cognitivos, evaluativos y otros estados mentales, y las acciones intencionales a las que puede dar lugar.

La explicación de la acción. Un modelo común para explicar acciones intencionales es el de las explicaciones por razones. Un agente actúa intencionalmente cuando lo hace por una razón y la razón causa la acción (Davidson, 1980). Las acciones son sucesos que pueden describirse de múltiples maneras y que se distinguen porque satisfacen al menos una descripción relativa a la cual la acción es intencional. Comprendemos las acciones intencionales cuando entendemos el propósito que tenía el agente al actuar, y cómo creía poder lograrlo, esto es, cuando entendemos las razones para actuar de esa manera. Las razones son combinaciones de creencias y actitudes hacia acciones de cierto tipo. Las actitudes incluyen deseos, impulsos, inclinaciones, gustos, intereses, deberes, obligaciones y valoraciones positivas o negativas. Dar una razón es racionalizar la acción y la racionalización depende de las relaciones entre la descripción de la acción y los contenidos de las creencias y actitudes que la causaron. La racionalización introduce un elemento de justificación: conocer la razón es entender por qué –desde su punto de vista– el agente actuó como lo hizo. El que el agente tuviera una razón para actuar, esto es, el que su acción fuera intencional, no dice todavía nada acerca de si sus razones fueron buenas o malas. Esto tendrá que juzgarse desde alguna perspectiva moral, de convención social, de efectividad práctica, de coherencia con otras acciones o desde algún otro punto de vista.

Emociones y acciones. Con frecuencia explicamos acciones mencionando emociones: decimos que Juan insultó a su esposa porque estaba celoso o que evitaba hacerse la prueba del VIH porque temía un resultado positivo. Cuando estas explicaciones responden a la pregunta de por qué el agente actuó como lo hizo, muchas veces podemos descubrir en ellas los rasgos de las explicaciones por razones. Es frecuente también explicar emociones apelando a razones: decimos que la razón de que Juan se enojara es que su hijo le mintió. Sin embargo, aceptar que es posible explicar acciones mencionando emociones como parte de la razón de una acción, y explicar emociones apelando a razones, implica una concepción de las emociones para la que son esenciales los estados cognitivos y evaluativos (como creencias, deseos, pensamientos, apreciaciones, valoraciones y percepciones), ya sea como parte constitutiva de las emociones, como antecedentes necesarios o como sus consecuentes. Así, muchas veces es necesario un conjunto de creencias y otras actitudes para que pueda darse una emoción determinada. Por ejemplo, es esencial para la culpa que uno crea que es, en cierta medida, responsable de algo que uno considera moralmente reprobable. La persona que se enoja reacciona ante una acción o situación que considera ofensiva o nociva para ella. El orgullo supone una evaluación positiva de lo que uno cree que es el caso y requiere, además, la capacidad de autoevaluarse: la persona que siente orgullo deberá juzgar que es digna de estima por algo que ha hecho, es o posee. Las emociones también pueden tener como efectos actitudes proposicionales, como el deseo de venganza que surge de la ira o el rencor, o el de reparar el mal causado por el remordimiento. Esta concepción de las emociones es contraria a la que sostiene que las emociones son estados meramente sensoriales y fisiológicos, como los dolores. Es una versión que afirma que, a pesar de que tenemos emociones primitivas que compartimos con los animales, las emociones humanas a menudo adquieren características que las hacen diferentes –o al menos mucho más complejas– que las emociones de los animales no humanos. Esto se debe a que muchas de las emociones humanas dependen de un sistema enormemente complejo de conceptos, de actitudes y otros estados mentales, y de un lenguaje, que les permite a los humanos una amplísima gama de conductas (razonables, irracionales, simbólicas, imaginarias) de las que no son capaces los animales no humanos.

Emociones morales. Es posible argumentar que existen algunas emociones que pueden clasificarse como *morales*. Esto no excluye que, en principio, todas las emociones puedan intervenir en situaciones morales. Se trata de caracterizar algunas emociones como morales porque requieren un conjunto complejo de conceptos, creencias y actitudes relacionados con la moralidad (Hansberg, 1996). Entre ellas se encuentran la indignación, la culpa, el remordimiento y la vergüenza moral. Son emociones morales porque requieren, de parte del sujeto que las tiene, un sentido de los valores morales y una conciencia, más o menos desarrollada, de las distinciones morales: de lo que es correcto o incorrecto, honroso o deshonroso, justo o injusto. Pero hay diferencias en cuanto a los aspectos morales que intervienen en cada una. La indignación solo es posible en situaciones en las que el individuo que la siente cree que se ha violado una exigencia o principio moral. La indignación y el remordimiento no son emociones de autoevaluación, como lo son la culpa y la vergüenza. La persona que siente remordimiento se ve a sí misma como un agente moral responsable cuyas acciones tienen consecuencias. Quien tiene remordimiento está más preocupado por el daño causado que por su persona. Con la culpa y la vergüenza esto no es necesariamente así. Quien siente vergüenza puede, pero no tiene que, hacer algo para reconstruir la imagen de sí mismo y, en el caso de la culpa, es posible que quiera hacer algo, pero no es necesario que lo haga. A veces se trata más bien de esperar que la persona afectada lo perdone o lo castigue. La vergüenza puede ser moral, por su conexión con el respeto de sí mismo, pero lo que se considere necesario para mantener la autoestima no tiene que ser moral. Para la culpa, lo que el agente ve como prohibido u obligatorio no puede parecerle moralmente irrelevante. Pero la vergüenza no es moral en el sentido de que tenga en cuenta a otros, pues la atención del que la siente se centra, ante todo, en sí mismo. Con la culpa esto no es tan claro si aceptamos que no es una emoción fundamentalmente egoísta, sino que tiene que ver necesariamente con el daño causado. El remordimiento y la indignación, en cambio, sí son morales en el sentido de que ponen una atención mayor en los reclamos de las víctimas que en la propia persona. Hume, entre otros, consideró como morales emociones como la compasión y la simpatía, porque motivan a un comportamiento que tiene en cuenta a otras personas, porque son altruistas. Estas emociones pueden ayudarnos a "ver" que una situación determinada tiene un "ángulo" moral; a tener, por ejemplo, una percepción más aguda de las necesidades y carencias de los otros y a actuar de la manera que, dadas las circunstancias, es la más adecuada para satisfacerlas o aliviarlas. Otra postura es la aristotélica: la vida virtuosa tiene que ver tanto con las acciones como con las pasiones y, para actuar virtuosamente, hay que aprender a sentir emociones razonables, esto es, emociones hacia los objetos adecuados, con la intensidad adecuada, en los momentos y circunstancias adecuados. Cualquier emoción puede ser relevante para la ética, pues hay una estrecha relación entre las emociones y las virtudes y los vicios. Aquí el énfasis está en la importancia de las emociones para la vida humana; en su naturaleza como componentes de la vida buena, sin la cual la idea misma de moralidad no tendría sentido. Ahora bien, independientemente de cuáles emociones intervengan en la moralidad, una dificultad a considerar es que las emociones a veces promueven acciones razonables, pero en otras ocasiones son factores de irracionalidad, desmesura, parcialidad y distorsión.

Dificultades para las explicaciones por emociones. Aunque los episodios emocionales pueden constituir razones para actuar, no hay que olvidar que también tienen un aspecto de experiencia fenomenológica. Son algo que sentimos de cierta manera. Cuando una emoción se siente con gran intensidad puede influir en las actitudes y acciones de una persona. Si está en un estado de terror o de cólera, es capaz de hacer cosas que quizá no haría si la emoción fuera menos intensa. Así, un individuo puede herir a otro porque piensa que lo ha insultado, aun cuando antes de encontrarse en esa situación pensara que herir a otro es moralmente inaceptable y que los conflictos entre las personas deben resolverse por vías pacíficas. Pero, en el momento crucial, actúa "dominado" por la ira. Su acción es irreflexiva, el agente no decidió hacer lo que hizo, no ponderó las cosas, simplemente lo hizo. Cuando alguien dice que actuó "dominado" por la ira, el miedo o el amor, o que la emoción lo "cegó", muchas veces no quiere decir que no sabía lo que hacía, sino solo que en esa ocasión no pudo hacer otra cosa, no pudo reflexionar, no pudo tomar en cuenta otros posibles –quizá mejores– cursos de acción, sino que actuó de manera instintiva o por un impulso incontrolable. Sin embargo, actuar irreflexivamente no implica que su acción no fuera intencional, sino solo que no intervinieron otros deseos, creencias y actitudes que normalmente forman parte de sus razones para actuar. La situación contraria sería ignorar la emoción sentida y actuar por otras razones que se consideran más adecuadas. Un ejemplo sería la persona que ayuda a otra a quien detesta, porque se da cuenta que necesita ayuda y que solo ella está en condición de dársela. Actúa por un deseo de ayudar y supera, quizá con esfuerzo, su aversión a hacerlo. A pesar de que algunas emociones nos permiten

apreciar una situación con mayor claridad, en ocasiones las emociones pueden ser fuente de autoengaño. Esto sucede cuando las creencias se originan en y dependen de las emociones. Así, la persona que siente celos puede ver todo como una confirmación de que tiene razones para estar celoso. El enamorado a menudo es incapaz de ver los defectos del ser amado a pesar de que son obvios para los demás. Otra forma en que las emociones pueden distorsionar las cogniciones y cambiar las emociones y las acciones se muestra en el siguiente ejemplo tomado de Elster (2004). *A* tiene envidia de alguien sin darse cuenta de que la tiene, a pesar de que su comportamiento envidioso es evidente para los demás. Cuando *A* se da cuenta de su conducta, siente una vergüenza terrible. Esta *metaemoción* es muy desagradable y puede ejercer presiones cognitivas para redescribir el caso: por ejemplo, *A* empieza a pensar y a creer que su rival adquirió la posesión codiciada de una manera inmerecida, ilegítima, inmoral o a expensas de *A*. Esta redescripción de la situación transforma la inaceptable emoción de la envidia en la "bella" emoción de la indignación. Ahora *A* puede sentirse justificado a actuar en contra de *B* sin la inhibición que produce el estigma social de la envidia.

A pesar de distorsiones como las anteriores, las emociones son indispensables para entender la conducta humana. Con frecuencia el interés de la explicación se centra, no en una emoción o una acción aislada, sino en la conducta como respuesta a las acciones, actitudes y emociones de otras personas cuya conducta, a su vez, se ven como respuesta a acciones, actitudes y emociones nuestras y de otros. Tener una idea acerca del tipo de cosas que ofenden, agradan, molestan, disgustan, indignan... a otras personas nos permite entender por qué hacen o dejan de hacer ciertas cosas, y nos ayuda a regular nuestra propia conducta con ellas, de tal forma que podamos promover ciertas actitudes y tratar de inhibir otras. Esta capacidad ha sido ejercida por las personas tanto para una convivencia civilizada y respetuosa como para una manipulación y sujeción inaceptables.

Referencias

Jon Elster, "Emotion and Action", en *Thinking about Feeling*, Oxford University Press, 2004. - Donald Davidson (1980), *Ensayos sobre acciones y sucesos*, México, Barcelona, IIF, UNAM, Crítica, 1995. - Olbeth Hansberg, "De las emociones morales", *Revista de Filosofía*, 3ª época, vol. IX, Nº 16, Universidad Complutense de Madrid, pp. 151-170. - P. F. Strawson (1974), "Libertad y resentimiento", México, Cuaderno de Crítica 47, IFF, UNAM, 1992.

Amor y odio

Dalmiro Bustos (Argentina) - *Instituto Moreno de Buenos Aires*

Amor y odio como figura maniqueísta. Pocos vocablos hay tan repetidos en poesía, literatura y psicología como el del amor. ¿Qué definición no parcializaría su significado y qué cultura no se apoderaría de su contenido para justificar sus costumbres? Se persiguió a miles de personas "por amor a Dios", y por "amor a la Patria" se justificaron guerras y genocidios. No se trata entonces de un valor absoluto, sino que tiene un alto contenido cultural, cuyas pautas varían según normas, tradiciones y creencias. Hay, sin embargo ciertas constantes. La figura maniqueísta domina casi todas las culturas. Amor y odio, dios y el demonio, el bien y el mal, la virtud y el pecado. El temor a la visión integrada nos hace crear barreras que separan diametralmente ambas experiencias. En términos generales, se asume como propios el amor y sus consecuencias y se proyecta el odio en los demás. Esto tranquiliza la angustia de estar traicionando un ideal individual y, por primitiva que sea la organización de una comunidad, siempre se cree obrar en nombre del amor.

Amor, acciones e idealizaciones. Ya que la simple palabra no nos dice mucho, necesitamos prestar atención a las acciones que de ella emergen. Un dicho popular expresa: "Porque te quiero te aporreo". De ese modo, los castigos a los que puede someterse al ser amado pretenden admitir justificaciones que validen una acción que desde otro ángulo sería leída como proveniente del odio. Hoy la globalización parece ser un acto de amor en integración, pero observando los hechos solo se trata del englobamiento de culturas locales por parte de las dominantes. Así, por temor a aquellas acciones amorosas que al final acaban destruyendo a un ser humano, se recurre a la idealización. Y el amor "puro", el amor eterno, va siendo soñado desde muy temprano en la vida. Este ideal se constituye en objetivos dirigidos a la búsqueda de la "cara mitad". Alguien que nos complemente totalmente y que se convierta en artífice de la completud. Lo perenne e inamovible es buscado para evitar la angustia de pérdida y, por ende, la muerte. Unos versos ilustran sobre la esencia del amor: "*Tomé un puñado de arena en mi mano, bien cerrada./Con el amor pasó igual,/Abrí mi mano y... nada*" (Atahualpa Yupanqui). Pasado el enamoramiento durante el cual los amantes se esmeran en ser lo que el otro desea, aparece la realidad, la desilusión, el ver que no era exactamente así. Esta segunda fase es la secuencia obligatoria de la idealización salvo en los casos en que se prolonga la ilusión a partir de una simbiosis. Con esta se resiste el paso del tiempo, creando un blindaje

vincular, que aísla del mundo y desconecta con las frustraciones, al precio de reducir a cada uno a una mera representación de los deseos del ser amado. Cuando esta salida no ocurre, la frustración y su consiguiente agresión se instalan. Muchas parejas sucumben en esta etapa y la separación es la única salida sacrificando el todo para preservar las partes. Los medios colaboran con esta idealización, como es el caso de las películas (en especial las de la meca de la mentira, Hollywood), que casi siempre terminan en el momento supremo del amor eterno, con mentiras que ayudan a forjar metas imposibles de alcanzar. Los rituales de casamiento, civiles y religiosos, solo se realizan a través de la promesa de "hasta que la muerte nos separe", o de una fidelidad que rara vez se sostiene. Y van generándose sensaciones profundas de fracaso cuando se trata de los humanos avatares de dos imperfectos y cambiantes individuos. Por eso muchos sufrimientos podrían ser evitados (así como divorcios), en la medida que no fueran referidos a tan exigente ideal. La única perfección a la que puede llegarse a través de una relación amorosa es la de la conciencia de la imperfección. Los miembros de una pareja van cambiando a través de los años, no siempre en el sentido del ideal del otro. Muchas veces esto es sentido con culpa, es como una traición a la promesa de inmutabilidad. Y la *culpa* se instala en el vínculo trayendo tensiones que alejan y perturban. ¿Cómo alguien puede ser el mismo a los treinta y a los cincuenta o sesenta? Así el amor idealizado va dando paso al resentimiento y el nido que antes cobijaba y defendía de la temida soledad va transformándose en una cárcel de la que se quiere huir. Pero al huir debe enfrentarse la misma soledad de la que se pretendía huir.

El amor solidario. Las consecuencias de estos actos amorosos pueden destruir a un ser humano. Pero esto no niega la profunda capacidad transformadora del amor. Estudios de científicos dedicados a la física cuántica presentan pruebas del poder transformador del amor. Estamos viviendo un momento histórico de confluencia en que los hallazgos de las experiencias físicas confirman los supuestos de la perspectiva psicológica o espiritual, confinados en otro momento al plano de la fe o de formulaciones teóricas con escaso margen de comprobaciones. De las múltiples experiencias que están realizándose puede mencionarse una: un científico japonés reúne a un grupo de personas que meditan y rezan frente a un gran caudal de agua; y al medir la estructura química del agua antes y después de la oración se registran profundos cambios en su estructura molecular. Si esto ocurre con el agua, y el ser humano está conformado en su mayor porcentaje por agua (formando parte de su sangre, líquido intersticial, músculos, etc.) podemos pensar en los cambios que puedan producirse a partir de una energía poderosa a la que llamamos *amor*. Todos sabemos y experimentamos el cambio que se produce en situaciones de amor profundo (la paz, la alegría y la plenitud que se sienten). Y si esto es muy claro cuando emerge de un vínculo de pareja, en la intimidad amorosa o durante una relación sexual, o con los hijos o amigos, también se experimenta durante momentos de entrega a la lucha por un ideal. Ese amor que excede lo individual y que representa el bien común permite que el *otro*, para quien se produce la entrega amorosa, pueda no ser alguien concreto y tangible, sino alguien a quien tal vez nunca se llegue a ver. Así, el amor solidario deja una huella de grandeza y desprendimiento que trasciende los límites del amor hacia otro ser presente y tangible.

El amor en la mitología. Podemos entender por mito aquellas "verdades" que no admiten demostración, que están construidas con el material de los sueños y que reflejan el inconsciente de los pueblos. En la antigüedad, Grecia y Roma ofrecieron sus versiones míticas sobre el origen del amor. Haremos referencia solo a dos: Afrodita –diosa del Amor– y Eros –dios del Amor. Hay múltiples versiones sobre su genealogía y no cabe exponerlas a todas aunque mencionaremos una de ellas. Afrodita, diosa del Amor en versión griega, o Venus, en su versión romana, es considerada (en la versión que seguimos) hija de Urano, cuyos órganos sexuales son cortados por Cronos, dios del Tiempo, los que al caer al mar, engendran a Afrodita, la mujer nacida de las olas o nacida del semen del Dios. Bella, celosa, famosa por sus iras y maldiciones, con su marido Hefestos no tiene hijos y solo los tiene con Ares, dios de la Guerra. Hefestos se venga atrapándolos en una red y exponiéndolos a la burla de los otros dioses olímpicos. El amor y la guerra pueden fecundar pero quedan atrapados en la misma trampa. Eros (en versión de la misma fuente), hijo de Afrodita y Ares, tiene varios hermanos: Anteros, Harmonía, Fobos y Demos. Los dos últimos son la representación del Temor y el Terror. Salvo Harmonía, los hermanos de Eros (el Amor) son temibles. Y es interesante que Harmonía no tiene demasiada relevancia en la mitología. Curioso porque sigue sin aparecer demasiado en la vida actual. Eros solo puede amar de verdad (sea esto lo que cada cual imagine) a Psiqué, una muy bella y humana representación del alma. Para esto recurre al ardid de decirle que es un terrible monstruo al que no debe ver para no asustarse. Psiqué, curiosa, lo alumbra con un candil y descubre la apariencia de un rosado niño. Al ser descubierto en su vulnerabilidad, Eros huye y se refugia en casa de su madre, Afrodita, quien, como buena suegra, condena a Psiqué a innúmeros castigos. Eros finalmente rescata a su amada

de los sufrimientos y pide que se le conceda la inmortalidad. Como podemos ver, amor y odio conviven desde los tiempos inmemoriales. Solo nuestro miedo a enfrentar la aventura de amar los cubre de idealización. Amor puro, amor sin manchas, amor eterno, amor desprovisto de egoísmos, amor sin sufrimientos, amor... mentiroso.

El amor y el odio como aprendizajes. Otro modo de abordar la temática es desde el principio de la evolución individual, refiriéndonos a la *teoría de roles* de Jacob Levi Moreno y su concepto de *clusters*. El efecto *cluster* es la trasmisión experiencial entre los roles, los cuales se agrupan –*cluster* quiere decir racimo– según similitudes dinámicas. Los tres roles básicos son: los *pasivo-incorporativos*, los *activo-penetrantes* y los *simétricos*, que pueden dar lugar al compartir, competir o rivalizar. En el comienzo de la vida el sistema nervioso es solo un rudimento y esto nos hace semejantes, en ese período, a los animales de escala inferior. Dice Daniel Goleman: "*La parte más primitiva del cerebro, compartida con todas las especies, que tienen más que un sistema nervioso mínimo, es el tronco cerebral que rodea la parte superior de la médula espinal... A partir de la raíz más primitiva, el tronco cerebral, surgieron los centros emocionales (situados en el mesencéfalo). Millones de años más tarde en la historia de la evolución, a partir de estas áreas emocionales evolucionaron el cerebro pensante o neocorteza*". Al no tener posibilidad alguna de registros más evolucionados, el bebé se confunde dentro de su entorno. Él *es* todo lo que lo rodea. Los brazos de su madre o de quien cumpla la función de cuidador, mediatizan su entorno. En estos momentos la *ternura* es fundamental. Sin registros emocionales o racionales, se incorporan las experiencias en forma masiva. Las experiencias nos permiten acceder a la necesidad de ser cuidado, alimentado, *recibir,* sin la ansiedad que nos anticipe algo peligroso. Sin saber recostarse en alguien como algo natural y placentero, no es posible establecer una relación amorosa. *Depender* puede también ser una experiencia temida si se anticipa abandono o quedar preso en quien nos alimenta. La tensión nos indica el rechazo a estas experiencias. Con el desarrollo psicomotor, el bebé siente necesidad de probar sus propias fuerzas y la figura del padre –o quien ejerza la función paterna– aparece para guiar, cuidar y limitar los movimientos de *autonomía.* En el mundo al alcance de las manos el otro sigue siendo necesario pero en grado menor. El triunfo del autoabastecimiento se suma a la capacidad de ser nutrido. Se aprende a *dar,* a afirmarse, y se establecen los rudimentos de la fundamental capacidad de *tomar decisiones.* Pero la falta de normas o de límites en nombre del cuidado es un nuevo generador de angustia y surgen necesidades de control del otro, de dominar para evitar el abandono. O la clara sensación de ser incapaz de dar, de decidir. En estas dos primeras etapas se establecen relaciones asimétricas, con roles de desigual responsabilidad, que van disminuyendo en número en la vida adulta pero persisten como ansiedades anticipatorias de experiencias tempranas. A medida que progresamos hacia la madurez los pares aparecen. Ya nadie es responsable por cuidar al otro. La dependencia se trasforma en interdependencia. Se aprende a luchar por el espacio, a *competir,* queriendo dar lo mejor de sí, de superarse; a *rivalizar,* o tratar de hacer que el contrincante no avance; y, lo que sería el ideal vincular, a *compartir,* donde cada cual pone lo que tiene para conseguir un propósito común. Esta última instancia es casi una utopía en tiempos de la consagración del narcisismo como ideal social, en el que el individualismo sustituye al bien común. Pero aún como utopía es indispensable mantener esta opción o de lo contrario nuestro mundo irá suicidándose gradualmente hasta llegar a la aniquilación.

La disociación entre lo bueno y lo malo. En todas estas etapas surgen sentimientos que hemos calificado, en nuestra tendencia a disociar, como buenos: amor, gratitud, ternura, compasión, etc. Y otros como malos: envidia, celos, rivalidad, codicia, etc. Ocurre que absolutamente todos son sentimientos naturales de cada etapa del desarrollo. Al disociarlos en buenos y malos se construye un ideal del yo que necesariamente consagra la represión. Nadie deja de sentir envidia –el más proyectado de los sentimientos humanos– o celos. La diferencia fundamental es la relación que cada uno establece con esos sentimientos. Y esta manera depende en gran parte del camino recorrido en las primeras etapas de la evolución. Si el sostén precede a la afirmación y esta a la capacidad de compartir, guiados por la ternura como elemento esencial, catalizadora de la madurez, entonces sabremos metabolizar esos sentimientos sin idealizar unos y demonizar otros. Al excluir tantos aspectos como indeseables en sí mismos estamos dando paso a un nuevo denominador de nuestra cultura: la *culpa.* Como barrera para la actuación destructiva hubiera sido deseable que Hitler, Videla, Pinochet, Bush o sus semejantes la hubieran sentido. La culpa actúa cuando falla la responsabilidad que quiere decir "alguien que responda". Pero es esta responsabilidad y no la culpa, la que permitirá la lucha para preservar la naturaleza que está siendo devastada, o la hambruna impune que mata a cientos de miles de niños. El individualismo y el predominio de la imagen *versus* el contenido impulsan a líderes internacionales capaces de mentir impunemente, amparados en un poder que privilegia los valores económicos frente a los primordiales y humanos valores de protección de la

vida. En este sentido no hemos evolucionado demasiado desde los tiempos de la ley del más fuerte. Solo ha cambiado el arma y la fuerza bruta ha sido sustituída por la no menos bruta fuerza del dólar. Creer en el propio poder creativo y hacerse responsable de todo lo que nos rodea es la única manera del infinito acto de *amor* que significa ayudar a la transformación del mundo. El depósito del *amor* en el amor a Dios es una forma de delegar la responsabilidad, a menos que cada uno tome una actitud activa en el proceso de cambio.

Referencias

Pierre Grimal, *Diccionario de mitología griega y romana*, Buenos Aires, Paidós, 1981. - Jacob Levi Moreno, *Fundamentos de la sociometría*, Buenos Aires, Paidós, 1962. - Dalmiro Bustos, *Perigo: amor a vista*, Alef, Brasil, 2ª ediçao, 2001. - Daniel Goleman, *La inteligencia emocional*, Buenos Aires, Javier Vergara Editor, 1996.

Altruismo y egoísmo

Luisa Ripa (Argentina) - *Universidad Nacional de Quilmes*

Definición. Los diccionarios coinciden en definir *altruismo* (del francés altruisme) como "diligencia en procurar el bien ajeno aun a costa del propio" y al *egoísmo* (del latín ego, yo, e -ismo) como "inmoderado y excesivo amor a sí mismo, que hace atender desmedidamente al propio interés, sin cuidarse del de los demás" y al "acto sugerido por esta condición personal" (Real Academia Española). El tratamiento en común que aquí hacemos de ambos términos se centra en sus referencias mutuas y tensiones. Ya en las definiciones se expresa una valoración positiva o negativa, según el caso respecto de esta inclinación. El primero aparece como un gesto sumamente encomiable y de ningún modo exigible, y el segundo, un gesto deplorable y a todas vistas condenado. En ambos casos incluyen una *inclinación*, hacia el *otro* (*alter*) o hacia uno mismo (*ego*). El *altruismo* habría sido un término añejado por Comte para oponerlo precisamente al egoísmo, pero coincide con muchas de las elaboraciones que clásicamente se hicieron en torno a la *generosidad*.

Análisis del término. Una primera cuestión se refiere a la condición de esta inclinación: si se trata de *sentimientos* o se trata de hábitos, de *virtudes*. En el primer caso casi siempre se admite que se trata de reacciones anímicas espontáneas y no pocas veces se vinculan a la *naturaleza*; sin embargo, algunos autores admiten la posibilidad de *educar los sentimientos* y aun de *incorporar* o *adquirir* sentimientos que se juzgan positivos así como desplazar los que se juzgan negativos. Con todo, se mantiene la general afirmación de que los sentimientos por su carácter de espontáneos son pre-morales. Las *virtudes*, en cambio, pueden entenderse como hábitos, entrenamientos o inclinaciones adquiridas en un determinado sentido, que hacen más fácil, habitual y mejor una determinada conducta. Dependen de la voluntad y tienen carga moral como virtudes o como su opuesto, los *vicios*. Desde el punto de vista ético y pedagógico se pregunta si es preciso poner freno a una inclinación dada y maliciosa de excesivo interés por sí mismo, si debe fomentarse una inclinación también dada hacia el bien del otro. O si las dos inclinaciones deben aprenderse y adquirirse porque ninguna de ellas es *connatural* al ser humano. El *otro* presente en el *altruismo* tiene que verse en su dialéctica con el yo del *egoísmo*. La hostilidad o sociabilidad humanas están también en juego en esta oposición.

Historia. Este tema, pensado en términos de *amor a sí mismo* o *amor al otro*, ha ocupado el interés de los pensadores desde siempre. En Platón pueden encontrarse descripciones del amor como *menesterosidad* y la tesis de que solo se ama aquello de lo que se carece y porque se lo carece (mitos del andrógino y del nacimiento de Eros, en *El banquete*). La necesidad de complemento por carencia es entonces el origen del impulso amoroso hacia el otro y de la reunión humana (mito de Prometeo en el Protágoras). En la tradición judeocristiana, en cambio, se elaboró una noción de amor divino como forma de una pura *gratuidad*, donación por superabundancia amorosa que no persigue ningún interés en la creación ni logra ventaja alguna. Pensado como *ágape* o *caritas* se opuso al *eros* platónico pagano. Esta gratuidad pasa a ser modelo del amor debido entre los hombres que si bien experimentan, vital e inevitablemente, el amor a sí, están obligados a amar al otro como lo hacen a sí mismos. Los autores modernos, a partir de la idea de la libertad del individuo, trabajan la idea del *pacto* como forma de asociación. Aquí también prima la tesis de la necesidad por imposibilidad práctica de sobrevivencia solitaria (los mitos como los de Robinson Crusoe o Tarzán, son formas de afirmar lo mismo desde la ficcionalización de las dificultades del humano aislado). Actualmente muchas teorías en torno al *sujeto colectivo* (sobre todo en formas de *memoria* colectiva o *imaginario* social, etc.) y su prioridad por encima del individuo pretenden invertir esa tesis haciendo de la individuación un momento secundario –en tiempo y sentido– respecto de los vínculos. Tanto las filosofías americanistas y de la *liberación* como los desarrollos de la psicología evolutiva, junto con el enorme crecimiento de la sociología, han contribuido a esta manera de ver. En aquellas es decisiva la categoría del *otro*: el semejante, el prójimo, también el diferente y el extranjero. Su centralidad en la ética se manifiesta a veces por la

grafía en mayúscula (el Otro) y por la prolongación hacia la denominación de lo divino como tal (lo totalmente Otro). En cambio en la sociología y la psicología suelen utilizarse las categorías de grupo, comunidad, sociedad, referente, etc. Pesan en este sentido los estudios de Freud y de Lacan, que muestran a la individualidad como un proceso de recorte y reconocimiento a partir de una simbiosis original.

Crítica. Pueden verse dos cuestiones en torno al altruismo y el egoísmo: la de la prioridad, sea natural, sea puesta por necesidad, de una u otra inclinación. Pero, más decisivamente se encuentra la discusión acerca de la *bondad* y *rectitud* de una u otra conducta humana. La primera que discute la sociabilidad u hostilidad iniciales humanas tiene como referentes paradigmáticos a Aristóteles, con su tesis de que el hombre es un *zoon politikon* (animal político) y a Hobbes, con su teoría del *homo homine lupus* (hombre lobo del hombre). O el ser humano encuentra su felicidad en la comunidad política o el hombre debe ser amansado por el contrato social para evitar su impulso depredador hacia sus compañeros de especie. En cuanto a la segunda, plausibilidad o condena del altruismo o del egoísmo, en el extremo de prescripción del amor al otro puede ubicarse a Lévinas, con su afirmación de que somos *rehén* del otro, del otro que sufre, el pobre, la viuda, el huérfano. En sentido contrario, Savater defiende una ética cuyo sentido pleno, origen y fin es el *amor propio* y por eso rechaza toda forma de condena del egoísmo. Sin embargo, como parece ser una constante en los autores éticos, ambos confían en que esa es la forma de asegurar tanto la bondad y rectitud personal como la convivencia pacífica y solidaria entre los seres humanos. Puede advertirse un problema a partir de la definición misma de los términos: en efecto, el *altruismo* supone la "diligencia en procurar el bien ajeno" y "aún a costa del propio". Significa, entonces, una práctica de postergar y aún de anular el propio interés en favor del otro y de sus intereses. Por su parte, *egoísmo* se define como "inmoderado y excesivo amor a sí mismo", que por eso "hace atender desmedidamente al propio interés, sin cuidar de los demás". La oposición es tal que muestra la necesidad de un término medio: el de un "amor a sí mismo" que lleve a procurar el bien propio en forma no desmedida y por eso incluya o sea coherente con una atención al bien ajeno que no suponga necesariamente lesionar el propio. La filosofía levinasiana parece ordenar un altruismo tal que el propio yo queda sometido al rostro del otro y a su interpelación: "no matarás". En un sentido semejante, Dussel pone en el centro de la consideración ética al otro como víctima. La filosofía del neoliberalismo, en cambio, lleva al punto máximo la tesis contraria de que lo único que mueve al hombre es su propio interés y, aún, su estricto interés de lucro. Pero ambas han sido criticadas por autores muy diversos: por ejemplo, John Nash propone una fórmula matemática en el ámbito mismo de la economía en la que muestra que solo la búsqueda de satisfacer simultáneamente el propio interés y el de los otros (el grupo) puede ser exitoso. Y es Ricoeur quien ha hecho una incorporación crítica de la ética de Lévinas aceptando de lleno la prioridad del "otro" pero criticando la asimetría de la relación que establece aquel filósofo. La propuesta ricoeuriana es la de una ética sumamente compleja: en su base se define por un deseo que es, a la vez, deseo de vivir bien (búsqueda de la propia felicidad), con y para los otros (búsqueda de la solidaridad) y en instituciones justas (búsqueda de la justicia). Pero como el deseo no impide la violencia, es preciso el nivel de la obligación y la norma: la ley y los principios que regulen el deseo. Y como la ley se muestra insuficiente ante el caso particular, en especial el caso conflictivo, la ética debe finalmente cumplirse como sabiduría práctica que, afirmada en el deseo original de toda eticidad, conoce y acepta la ley moral pero es capaz de la originalidad creativa necesaria para el caso puntual. Esta articulación permite criticar la asimetría levinasiana y la jerarquía de maduración de la conciencia moral que establece Kolhberg. A juicio de Ricoeur el nivel más alto de conciencia y de conducta no lo constituye el estadio posconvencional sino el convencional: la mejor posibilidad ética se cumple en esta percepción de que el bien y la rectitud se refieren a la reciprocidad que ya expresara la Regla de Oro: pero no en el sentido cuasi comercial de dar para que me des, sino en el profundo sentido de la paridad y la compasión humana que hace del otro verdaderamente "un yo tan yo como yo" (Guardini). Este último autor piensa que la dignidad personal tiene que ver con la reciprocidad y la igualdad y no con formas de negación de la propia persona. Coherentemente para Ricoeur, las categorías decisivas son las de la solicitud del otro y el cuidado. Esta solicitud impide una postura moral exclusivamente centrada en la observancia de la ley, que califica de narcisismo estoico. Porque la estima de sí –y del otro–, que se funda en el deseo, es anterior y base del respeto de sí –y del otro– que se funda en la ley y los principios. De este modo no es preciso agregar calificativos como "sano" para hablar del egoísmo ni descalificar como "exagerado" al altruismo. Ni "demonizar" alguno de los términos ante la evidencia de la necesidad de su contrario: sea la condena habitual del egoísmo, sea la ocasional condena del altruismo que desconoce la propia necesidad y los propios intereses. La propuesta ricoeuriana es la de una tensión multiforme hacia la

felicidad solidaria y en ámbito de justicia que aunque reconozca la regulación de la ley sepa volverse hacia el caso concreto, el rostro concreto que solicita cuidado. El interés que se busca es el del amor propio y al otro y a la humanidad. Los conflictos obligan a necesarios ajustes teórico-prácticos, pero nunca eliminan el deseo e inclinación básicos, hacia el alter y hacia el ego: precisamente son conflictos y son dolorosos porque no eliminan el interés por sí y el interés por el otro. Las éticas resultantes se hacen cargo, a la vez, de que la medida –en el sentido de la experiencia posible–, del amor al otro es el amor a sí. Y que el amor a sí humano es de entrada amor entregado y solicitante. Esta orientación inicial no lo libra de errancias por las que deberá reproponerse reglas y principios. Aunque se ha argumentado largamente en favor del egoísmo y la hostilidad con base en las pruebas de la constancia de las guerras y el crimen contra los semejantes, también es constante la insatisfacción ante el fracaso de las propuestas de convivencia pacífica e igualitaria Esta insatisfacción supera la conciencia cínica (Dussel) que consagra el statu quo y naturaliza la violencia, y las discusiones que no finalizan en torno al tema son una muestra de que los más exacerbados egoísmos no anulan el auténtico interés por el bien del otro y por vivir juntos (Arendt).

Referencias

Paul Ricoeur, *Sí mismo como otro*, México-Madrid, Siglo XXI, 1996 (original francés *Soi même comme un autre*, Paris, Du Seuil, 1990). - Emmanuel Lévinas, *Totalidad e infinito*, Salamanca, Ediciones Sígueme, 2002 (original francés *Totalité et infini*, Mrtinus Nijhoff´s Boekhandel en Uitgeversmaatschappy4 1971). - Romano Guardini, *Mundo y persona*, Madrid, Ediciones Encuentro, 2000 (original alemán *Welt und Person. Versuche zur chrisliche Lehre vom Menschen* Würzburg, Werkbund-Verlag 1940). - Enrique Dussel, *Ética de la liberación en la era de la globalización y la exclusión*, Trotta, Madrid, 1998. - Lawrence Kolhberg, *De lo que es a lo que deber ser*, Buenos Aires, Almagesto, 1998 (original inglés *From is to ougth how to Commit the Naturalistic Fallacy and Get Away with It in the Study of Moral Development*, en T. Mischel, ed. Cognitive Development and Epistemology, New York, Academic Press, 1971). - Hanna Arendt, *La condición humana*, Barcelona-Buenos Aires-México, Paidós, 1993 (original inglés *The Human Condition*, Chicago, University of Chicago Press, 1958). - Fernando Savater, *Ética como amor propio*, Barcelona, Grijalbo Mondadori, 1998.

Compasión

Celina Lértora (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

La *compasión* es un sentimiento cuya característica distintiva es la de participar en una emoción ajena, la mayoría de las veces suscitada por el dolor o la pena. Por eso tiene connotaciones variadas, pudiendo aproximarse a otros conceptos de la esfera emocional, como piedad, clemencia, conmiseración, o bien a conceptos éticos, como *benevolencia*; también se vincula, incluso semánticamente, al concepto de *simpatía*. La compasión como sentimiento o vivencia es de hecho un componente de la esfera ética y de algún modo integra el conjunto de pautas sociales o personales en virtud de las cuales se formulan juicios éticos.

Concepciones clásicas del concepto. Los autores clásicos se ocuparon reiteradamente de este concepto, al que caracterizaron como participación en el dolor ajeno (de allí su proximidad con *simpatía*). Fue un tema de reflexión ética de los estoicos latinos, en especial de Séneca, quien le dedicó su *De clementia*. En general, desde el punto de vista estoico, la compasión o *conmiseración* (*commiseratio*) era considerada más bien una debilidad, no en el sentido de que rechazaran la eticidad de los actos de bondad hacia los semejantes, sino porque para ellos hacer el bien es un deber moral y no el resultado de un sentimiento. Por eso cuidaron de señalar que la compasión no debe implicar debilidad de carácter, y en ese sentido Marco Aurelio –que repetidas veces se refiere a la compasión– afirma que esta carece de valor a menos que quien se compadece haya templado su espíritu en las adversidades. En el pensamiento cristiano la compasión se vincula al amor al prójimo (caridad) y a la misericordia. Para San Agustín, el amor a Dios es condición del amor al prójimo y de este surge la misericordia. Para los escolásticos la compasión es una tristeza por la cual se sienten como propios los males ajenos, o bien porque el mal ajeno es tan próximo que de algún modo nos involucra. Por eso los débiles y los reflexivos están naturalmente más inclinados a la compasión.

Concepciones de la modernidad. Para Descartes la compasión es una de las pasiones del alma, a la que identificó con la piedad, caracterizándola de modo semejante a los escolásticos, como una especie de tristeza mezclada de amor o buena voluntad hacia aquellos que sufren un mal inmerecido. Spinoza la define de manera similar, aunque no la consideró una virtud superior, pues el hombre que vive de acuerdo con la razón no la necesita, ni puede considerarla como un bien en sí misma. Para los autores pre-románticos y románticos, como Rousseau, se produce una identificación entre quien se compadece y el compadecido, en el acto de compasión. En la compasión hay, pues, una especie de fondo común a todos los hombres, e inclusive a todos los vivientes. De allí que en estas corrientes la compasión deje de ser un acto intencional de la conciencia moral para convertirse en una especie de participación en la totalidad

universal. Schopenhauer, por ejemplo, reduce el amor a la compasión, y esta conduce a la negación de la voluntad de vivir, siendo el acto que precede a la negación misma. Para este autor, la compasión supone la identidad de todos los seres, y el dolor no pertenece solo a quien lo sufre, sino a todo ser. Una posición diferente toma Nietzsche, para quien la compasión, así como el amor al prójimo, es un modo de enmascarar la debilidad humana. Sin embargo, admite que hay una compasión "superior" mediante la cual se impone al hombre "la disciplina del sufrimiento". Desde la fenomenología se han realizado esfuerzos teóricos para distinguir la compasión de otros sentimientos y actos intencionales que se le aproximan. Se destaca en esto la reflexión de Max Scheler. Así, aunque compasión y amor se vinculen, es propio de ella considerar a la persona digna de lástima, lo que no ocurre en el amor. También, aunque la compasión se relacione con la justicia, puesto que se compadece al que sufre injustamente, la justicia en cuanto tal reconoce a la persona estrictamente lo que le es debido. Asimismo, concepciones de la compasión, como la de Shopenhauer, se vinculan a uno de los aspectos de la simpatía: el que corresponde a la unidad psicovital con el prójimo, con todos los hombres y con todo lo existente. En definitiva, para Scheler la compasión no es un sentimiento unívoco, sino que se abarca varios grados, desde la proyección sentimental hasta el amor en su sentido más puro. Esta gama de actos se caracteriza por su menor o mayor grado de intencionalidad: el primero es el sentimiento en común con la existencia y la conciencia de clara separación de los sujetos; luego la participación de sujetos distintos en un sentimiento único; mayor intencionalidad aparece en la participación afectiva directa como reproducción emotiva de un sentimiento ajeno y, finalmente, una comprensión emocional que no necesita ser reproductiva. En síntesis, para Scheler no son válidas las teorías que basan la compasión (y la simpatía) en la existencia de una identificación vital, porque no tienen en cuenta sus diferentes clases y sus diversos grados de intencionalidad. De allí que rechace, por una parte, a Shopenhauer y, por otra, a Bergson.

La compasión en su sentido moral. Como vemos, en las distintas concepciones de la compasión puede acentuarse alguno de estos tres rasgos: el psicológico individual, el social y el moral. Para la bioética interesan más las que se orientan hacia el tercero. Los filósofos ingleses que adoptan la doctrina del sentido moral (como Hutcheson o Adam Smith) consideran que la actuación moral se basa en un razonamiento por analogía acerca de lo que sienten los demás, con base en la experiencia de lo que sentimos nosotros mismos. De allí que haya en este proceso una imitación inconsciente de los otros. No puede negarse que la experiencia muestra que en muchos casos los individuos obran de este modo, es decir, son proclives a compadecer a aquellas personas que están sufriendo una situación semejante a la que ellos mismos han sufrido, y con base en ese sentimiento formular juicios morales o llevar a cabo determinadas acciones en la esfera intersubjetiva, mientras que les resulta más difícil comprender situaciones más alejadas de su propia experiencia vital. Esto conduce al resultado de que la compasión es mayor cuanto más semejante sea el sujeto sufriente con el compasivo, y si se adopta como único o principal criterio de compasión, suponiendo una valoración positiva de la misma, se reduce significativamente su esfera de aplicación. Parece necesario distinguir la compasión como función afectiva de los estados que impliquen participación activa, identificación con el prójimo. De este modo se evita identificar la comprensión con la experiencia propia, cuya mayor dificultad acaba de señalarse. En efecto, la teoría del sentido moral tiene la limitación de que conforme con ella solo puede comprenderse bien lo que se experimenta y, por tanto, el sujeto moral queda considerablemente reducido en su capacidad de comprender la significación moral de actos o situaciones que no ha experimentado por sí mismo. En otros términos, Scheler ha señalado que en el simple "contagio" afectivo (que no supera la intuición sensible) no se experimenta lo ajeno como ajeno, sino como propio, y la relación con la vivencia ajena se reduce a su procedencia causal. La compasión puede ser un elemento psicológicamente relevante para iniciar un proceso de comprensión moral, pero no parece que sea suficiente para elaborar en forma completa un juicio moral práctico. La compasión puede orientar una conducta, pero no remplaza al discurso moral, el cual debe fundarse en razones. Además, la compasión, en cuanto se basa en esferas emotivas muchas veces opacas a la autopercepción y a la conciencia de los sujetos, es susceptible de manipulaciones incluso inescrupulosas. Son bien conocidos casos en que las personas, sobre todo a nivel de movimientos masivos, son inducidas a sentimientos de compasión para lograr presión social contra resultados de juicios morales y/o jurídicos fundamentados (por ejemplo, en cuestiones criminales, para presionar por el indulto o la exención de pena por actos claramente delictivos). En este sentido es verdad la advertencia de Nietzsche, de que la compasión puede basarse en la debilidad del carácter o, añadiría, en una insuficiente madurez moral. No obstante, estas desviaciones o falsas compasiones no deben determinar un rechazo global de este sentimiento, sino propiciar una educación moral que permita el cultivo de una compasión razonable y socialmente positiva.

Referencias

Séneca, *De clementia*. - Max Scheler, *Esencia y formas de la simpatía* (1912), Buenos Aires, Losada, 1943.

Convicción

Patricia Digilio (Argentina) - *Asociación Argentina de Investigaciones Éticas*

La *convicción* remite a una creencia religiosa, idea política o principio ético al que se adhiere. Ha sido Max Weber quien ha distinguido entre una *ética de la convicción* y *una ética de la responsabilidad*. Esta distinción debe ser comprendida en relación con otras ideas que hacen al pensamiento weberiano en función de las cuales adquiere su particular sentido, a saber: esa presunción básica de la que parte Weber y que afirma la irracionalidad ética del mundo; su constatación de un pluralismo moral que conduce a antagonismos ideológicos y de creencias frente a los cuales no puede establecerse una solución definitiva, la compleja relación que, como señala, existe entre la ética y la política. Ahora bien, es justamente de esta experiencia de la irracionalidad esencial del mundo de la que brota la moralidad humana, pues es en esta experiencia que se inspiran las religiones que son, para Weber, grandes sistemas éticos y fuente de significado. Es precisamente el significado el que hace acción de la mera conducta. De allí que la indagación sobre los significados de la acción desde la perspectiva de la ciencia social conduzca a una sociología de la ética puesto que los significados contienen juicios de valor y esta implicación indica a su vez la complementariedad existente entre la sociología y la filosofía moral. Según Weber, la ética no surge del seguimiento incondicional de las reglas, sino del conflicto que se produce entre fines que resultan incompatibles en el campo de la deliberación, y tanto la sociología como la filosofía deben orientarse al estudio de esa deliberación. Pero el estudio del mundo moral con pretensión genuinamente científica deberá prescindir de brindar toda prescripción y abocarse a una explicación interpretativa neutral y objetiva de los valores y de los sistemas de valor. Si la explicación interpretativa de la conducta humana puede ser científica y racional es porque también se reconoce este límite: interpretar una conducta e identificar las convicciones que la guían no implica dar razón científica de la naturaleza y causas de estas últimas. Y esto es así porque para Weber los valores no pueden, en última instancia, fundamentarse (justificarse) racionalmente. En cambio, lo que sí puede establecerse son las orientaciones de valor y los significados que las personas atribuyen a sus acciones. Teniendo en cuenta estas consideraciones es posible adentrarse en la distinción planteada.

La *ética de la convicción* [*Gesinnungsethik*] afirma que hay actos que deben realizarse porque encierran valores intrínsecos, sin que importen las posibles consecuencias que se sigan de la acción. Esta concepción resultaría próxima a esa racionalidad práctica deontológica afirmada por Kant, que se expresa en las formulaciones del *imperativo categórico* y cuyo mandato es incondicional en contraste con la racionalidad teleológica de los *imperativos hipotéticos*. La *ética de la responsabilidad* [*Verantwortungsethik*] tiene en cuenta las consecuencias de los actos y las diversas opciones o posibilidades ante una determinada situación, confronta los medios con los fines. Quien actúa conforme a esta ética se propone fines, evalúa los medios conducentes a ellos y las consecuencias resultantes y asume las consecuencias y los costos de sus acciones. Esta concepción weberiana de una ética de la responsabilidad plantea justamente el problema de que actuar de acuerdo con el imperativo categórico puede entrar en conflicto con un actuar responsable.

Relación entre ética y política. Al plantear la distinción entre una ética de la convicción y una ética de la responsabilidad, Weber expone también dos lógicas de la acción política que pueden interpretarse, más que como opuestas, como complementarias aunque en tensión. En primer lugar, porque tomadas como tipos ideales, en estado "puro" resultan ambas peligrosamente irracionales. En segundo lugar, porque, como él mismo lo expresa, si bien la política se hace con la cabeza y no con las otras partes del cuerpo y el alma, para que esta no se constituya en una frivolidad o en un mero ejercicio tecnocrático e intelectual requiere también nacer y nutrirse de la pasión, es decir, de la convicción. Es esta combinación entre racionalidad y pasión la que la vuelve una auténtica actividad humana. La actividad política que se rige únicamente por la ética de la convicción se caracteriza porque el individuo (o el grupo, o el colectivo) no se siente responsable de las consecuencias de sus actos, sino que responsabiliza de estas al mundo, a la historia, a la estupidez humana o a la voluntad de Dios. En cambio, quien actúa de acuerdo con una ética de la responsabilidad asume las consecuencias de las decisiones que toma. Debe, además, tener en cuenta los probables efectos no intencionales de la acción humana. La comprobación de que determinadas convicciones éticas, al absolutizarse, conducen a resultados directamente contrarios al fin que se persigue, es decir, la relación inadecuada y a menudo paradójica entre el sentido que impulsa una decisión y/o una acción política en su origen y su resultado final, de la que la historia es pródiga en ejemplos, obliga a tener en cuenta esta advertencia. También resulta preciso distinguir en la vida política entre la pura teoría y

la práctica política. Sin embargo, esto no significa abandonar las convicciones y los principios que se abrazan en nombre de un pragmatismo amoral. La responsabilidad exige también que las decisiones que se tomen y las acciones que se emprendan guarden coherencia con esas convicciones y principios. Elegir entre la ética de la convicción y la ética de la responsabilidad no es algo que quede racionalmente garantizado. No hay regla de oro como precepto para la acción. En todo caso, lo que hay es una tensión trágica, en el sentido de irresoluble, entre ambas. No obstante, vale tener presente que: 1. no se consigue nunca lo posible si no se intenta una y otra vez lo imposible (así, la defensa de las utopías y las convicciones adquiere un especial sentido práctico como guía para la acción); 2. quien abrace la vocación política no solo deberá ser un líder, sino también un héroe (aunque en el sentido más simple de la palabra héroe); 3. aun aquel que no sea líder ni héroe necesitará de una gran fortaleza de ánimo para "soportar la destrucción de todas las esperanzas", porque, si carece de ella, será incapaz de realizar incluso aquello que resulta posible.

Racionalidad práctica y acción comunicativa. Habermas y Apel han construido, sobre bases kantianas, un concepto de racionalidad práctica que procura resolver las dificultades derivadas de la racionalidad deontológica de Kant a la vez que tienen en cuenta el proceso weberiano de *racionalización*, es decir, la emergencia de una racionalidad abocada a armonizar medios con fines predeterminados y su consecuencia, el politeísmo axiológico. El concepto de una acción comunicativa hace posible la idea de una racionalidad práctica, que si bien es normativa no es monológica, a diferencia de la racionalidad práctica kantiana, sino dialógica o discursiva. Se trata de una racionalidad que encuentra sus bases en el lenguaje humano. Tanto Habermas como Apel reconocen que el uso lingüístico está orientado originalmente a producir entendimiento, al acuerdo entre los interlocutores. De allí que se entienda por acción comunicativa las interacciones en que *todos* los participantes concilien sus intereses individuales y sigan *sin reservas* sus metas ilocucionarias. La estructura lingüística de la racionalidad comunicativa se explicitará tanto en la *pragmática universal* (Habermas) como en la *pragmática trascendental* (Apel). En ambas se pone de relieve cómo a partir de las pretensiones formales de validez –*verdad*, *corrección*, *veracidad* e *inteligibilidad*– supuestas pragmáticamente en los actos de habla, que son inmanentes a formas de vida concreta, pueden trascender en sus pretensiones a esas formas de vida, es decir, universalizarse. Estas pretensiones configuran el mínimo de racionalidad para exigir un mínimo de normatividad universal. Si como se ha señalado, la concepción weberiana de una ética de la responsabilidad plantea el problema de que actuar de acuerdo con el imperativo categórico (Kant) puede entrar en conflicto con un actuar responsable, la ética del discurso de Apel pretende saldar esta dificultad. Para esto se debe tomar en cuenta las condiciones reales de la acción y reconocer que si bien las personas están siempre obligadas a actuar estratégicamente, también lo están al mismo tiempo –desde la formación del pensamiento dependiente del lenguaje–, a actuar comunicativamente, esto es, a coordinar sus acciones de acuerdo con pretensiones normativas de validez que, en el discurso argumentativo, pueden ser justificadas solo a través de una racionalidad no estratégica. Apel plantea un programa de *estrategia ética* a largo plazo, donde la racionalidad estratégica opere bajo la guía de un *télos* ético en la solución de los obstáculos que dificultan la comunicación y la aplicación de normas consensuales.

Referencias

Karl-Otto Apel, *Estudios éticos*, Barcelona, Alfa, 1986. - Adela Cortina, *Crítica y utopía*: la Escuela de Francfort, Madrid, Cincel, 1986. - Jürgen Habermas, *Teoría de la acción comunicativa*, Madrid, Taurus, 1987, 2. t. - Max Weber, "La política como vocación", en *El político y el científico*, Madrid, Alianza, 1998.

Esperanza

Julia V. Iribarne (Argentina) - *Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*

Vida y esperanza. *Esperanza* proviene del latín *spes*, que se traduce tanto por espera como por esperanza. Es importante esa doble posibilidad porque la esperanza está esencialmente vinculada al paso del tiempo. Lleva implícita una referencia al futuro, sea este más o menos remoto. En el contexto religioso cristiano la esperanza es una de las tres virtudes teologales (junto a la fe y la caridad); alude a la esperanza puesta en un Dios que compense las falencias y las debilidades del ser humano, lo acompañe por la vida y lo reciba en su reino después de la muerte. En el contexto antropológico, se manifiesta en su concreción como actitud esperanzada. Se trata de un rasgo propio del existente humano. En los animales no se da la actitud esperanzada porque para "tener esperanzas" hace falta la capacidad de saber reflexivamente de sí mismo y ser capaz de imaginar la realidad futura diferente de la presente. En la configuración de una esperanza intervienen las tres modalidades que, entrelazadas, componen la razón una: la objetivante, la afectiva y la volitiva. Aquello que convoca la esperanza nos afecta en un sentido positivo y moviliza nuestra aspiración. Cuando se vive la esperanza

se confía en la realización de algún bien favorable. Otro rasgo característico es que su fuente es el propio sujeto de la actitud esperanzada. Tal como sucede con el amor y la fe, no es posible ordenar tener esperanza. Parece tener un vínculo profundo con lo radical de la vida; podría comprenderse como el polo complementario y evolucionado del instinto de conservación.

Esperanza y deseo. La esperanza se da en diversas modalidades; una de ellas es la *escatológica*, orientada a lo trascendente. Ella surge en relación con la certeza de la finitud humana; frente a esa ineludible constatación surge la esperanza de alguna forma de supervivencia más allá de la muerte. La misma posibilidad de esperarlo parece ubicarnos más allá de nuestra naturaleza corporal; es llamativo, en comparación con los animales que, hasta donde sabemos, aceptan la muerte con mansedumbre. Las demás modalidades conciernen a la esperanza mundana, a lo que se espera respecto de la propia vida; no es patrimonio exclusivo de la personalidad religiosa. La esperanza suele entenderse en relación con el cumplimiento posible de un deseo. Sin embargo, conviene distinguir uno de otro. El objeto de deseo es claramente identificable, se vincula al logro de metas concretas, como una casa o un empleo. La esperanza no suele tener límites tan precisos, puede tratarse de la actitud esperanzada como forma de asumir la vida, o bien de la expectativa de cambios favorables para la vida en general. La actitud de quien *tiene* esperanzas de que algo suceda se acompaña de reconocimiento de no tener mayor injerencia en el curso de los acontecimientos que tendrán lugar en lo sucesivo. También en eso se diferencia del deseo. La esperanza y el deseo comparten el signo positivo de aquello que nos llama, de ser posible, a su realización. Pero el objeto de deseo no excluye sino más bien compromete el ejercicio de nuestra voluntad y de nuestra acción para alcanzarlo. Justamente, si nuestro deseo no es tal, sino que es esperanza, es porque el término de nuestra intención impone el reconocimiento de nuestros límites, de nuestra incapacidad de dominar todos los factores que mediatizarían la realización. En ese sentido la actitud esperanzada implica tener radical humildad y una confianza básica. El deseo no suele avenirse a su calificación como "remoto", "vago" o "loco"; es, en cambio, bien definido, preciso, en lugar de "loco" puede ser "desmedido". Los calificativos de la esperanza aluden a la distancia que marca nuestro poder de realización: es "remota" porque demasiados factores ajenos a mi control se conjugan a su respecto (el antónimo de "remoto" no es, en este caso, "cercano, próximo", sino "realizable", "posible"); es "vaga" porque está rodeada de incertidumbre; de tantas mediaciones reconocibles como ignoradas; y puede ser "loca" porque es posible esperar contra toda esperanza.

Esperanza y desesperanza. La caracterización de la *actitud esperanzada* se enriquece en la confrontación con su opuesto: la *actitud desesperanzada*. Esta se manifiesta en la forma de un enorme desencanto, una suerte de gran derrota existencial, aunque esta se encubra con derrotas concretas: pérdidas económicas, fracaso de un gran proyecto. La lengua española dispone de dos palabras: *desesperación* y *desesperanza*, las cuales, si bien no tienen un matiz diferencial que recojan los diccionarios, tal vez acepten cierta diferenciación que contribuya a esclarecer el fenómeno de la esperanza y la desesperanza. Las expresiones *desesperado*, *actitud de desesperación*, aluden al estado emocional de alguien que se siente acorralado por determinada circunstancia; se presenta como un estado circunstancial. Por el hecho de que el desesperado reacciona a algo, sobreviene un estado de cosas nuevo que probablemente no sea la mejor salida, sino que lleve a otras formas de desesperación y de reacción. Tal vez también ocurra que, demostrado el fracaso de la reacción, el individuo caiga en la actitud desesperanzada. A diferencia de la desesperación, que reacciona de manera extrema, la desesperanza no actúa. En la desesperanza desaparece toda referencia al futuro, la acción deja de tener sentido, el mundo no convoca y si lo hiciera no habría modo de responderle, la desesperanza segrega al ser humano del mundo, lo hace habitar desiertos aun en medio de la gente. El desesperanzado ha perdido la razón de ser, lo rodea un paisaje sin contornos definidos, personas y objetos que le son indiferentes. Por eso más que la desesperación, este, que denominamos estado de desesperanza o también de suprema indiferencia, parece ser el estado verdaderamente contrapuesto al de la esperanza. Aunque manifiestamente la vida no se ha retirado, puesto que el individuo sigue existiendo, es como si desaparecieran los signos vitales que llevan a comprometerse frente al prójimo, con el prójimo y con las cosas del mundo, a ser con ellos, a estimarlos amándolos u odiándolos. No hay intención de planificación de cada día ni de cumplimiento de proyectos en el futuro, todo se ha degradado en la nada y lo que sigue es un sobrevivirse, no un estar vivo. El sí mismo como punto cero de orientación de un mundo se retira, el sujeto habita segregado del mundo, autosegregado, solo persiste como mirada descomprometida, capaz de diferenciar entidades que desfilan en su presencia, respecto de las que carece de afecto, preferencias o responsabilidades. Lo que fue una persona se ha reducido a un núcleo duro, empobrecido. Solo un proyecto habita su futuro deseado, el que le permita sumarse a la ausencia total de valor y sentido de las cosas: el proyecto de dejar de existir, pero no

es el proyecto acuciante de la desesperación, es la espera indiferente de la nada.

La actitud esperanzada. Nada de eso ocurre en la actitud esperanzada, precisamente porque entraña confianza y, por tanto, entrega, el cuerpo acompaña con serenidad, no se altera; sin embargo, esto no implica entrega a alguna forma de pasividad. La actitud esperanzada se organiza y opera desde el presente de la conciencia, pero tiene una fuerte referencia al futuro, espera e ilumina lo que espera con su tono peculiar, y porque ocurre de ese modo se produce cierta refluencia del futuro así intencionado sobre el presente. Con la esperanza se da una situación aparentemente paradojal: ella vincula con algo que trasciende al sujeto, y sobre ese algo es posible fundar la esperanza: a partir de esa experiencia el sujeto tiene más y mejores fuerzas para vivir y para luchar. La actitud esperanzada de hoy se proyecta sobre un futuro que todavía no es y el sujeto se encuentra "disponible" para vivir. La actitud de desesperanza o indiferencia es un vórtice que se lleva todo: proyectos, amor, vida y, en primer lugar, la esperanza. El hecho de que sea posible afirmar sin tautología ni contradicción: "Tengo esperanzas de que mi deseo se cumpla", muestra, por una parte, la diferencia de sentido entre ambos términos y, por otra, la relación entre uno y otro. Educación, salud, trabajo y vivienda digna son, objetivamente consideradas, necesidades humanas, en nuestro contexto, necesidades de América Latina, como tales son deseos elementales a los que se aspira en actitud esperanzada. El esfuerzo personal de cada sujeto se aplica, con mayor o menor posibilidad de éxito, a la satisfacción de esas necesidades-deseos. Las instancias ajenas a él, las que el sujeto no puede manejar, son las que marcan la distancia entre el deseo y la esperanza, ellas son, entre otras, los gobiernos, los centros de poder, las ONG y las instituciones involucradas, que no deben ni pueden ordenar tener esperanza y, en cambio, tienen la responsabilidad prioritaria y concreta de hacer que jueguen a favor los factores que conducen a la realización de la esperanza en la satisfacción de los deseos-necesidades.

Referencias
Pedro Laín Entralgo. *La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano*. Madrid, Revista de Occidente, 1957.

Tolerancia

Juliana González Valenzuela (México) -
Universidad Nacional Autónoma de México

Aun cuando tiene una importante historia detrás, la *tolerancia* es una de las virtudes más importantes del presente; es de hecho la virtud esencial de la democracia y se halla indisolublemente ligada a los Derechos Humanos. Se basa en el reconocimiento de varios hechos fundamentales: a) de la *pluralidad* o diversidad de la existencia humana y, por tanto, b) de la constitutiva *libertad*, del derecho que tiene todo ser humano a vivir, a pensar y a creer de acuerdo con sus libres preferencias y opciones. Pero la tolerancia también se basa, c) en el reconocimiento de la esencial *igualdad* entre los hombres, y d) de la intrínseca *dignidad* humana, esto es, en el valor propio del ser humano que le hace merecedor de un absoluto respeto.

La tolerancia como reconocimiento y respeto del otro. En efecto, la tolerancia consiste en ver, reconocer y aceptar al otro *como otro*, en su alteridad u otredad, en su libertad y en su derecho primordial a la diferencia. La pluralidad y la diversidad humanas son dato inexcusable: son incluso *la Ley de la Tierra* (Arendt), pluralidad de formas de vida, de creencias, de valores, de culturas, de religión, de costumbres morales y sociales, de preferencias sexuales, etc. Las diferencias primordiales no son las que surgen de la biología, sino de la libertad. Somos diferentes porque somos libres, porque tenemos la capacidad de optar y de crear distintas formas de existencia. La tolerancia se ha de tener incluso para con lo que unos consideran error o falla de los otros, mal o "pecado". Y frente al posible delito del otro, los Derechos Humanos obligan a presumir primeramente la inocencia y, en caso de que se demuestre su culpabilidad, el delincuente no deja de poseer derechos humanos. La tolerancia es la virtud de la genuina sociedad plural, dentro de la cual la discrepancia puede verse como un bien y donde incluso puede florecer el gusto por las diferencias. La esencia de la genuina tolerancia es el respeto al diferente. Pero la tolerancia se funda asimismo en la intrínseca igualdad interhumana. Consiste en ver y reconocer al otro como *igual*, como un literal otro-*yo*. Se basa en la antigua sabiduría del proverbio latino: "Nada humano me es indiferente". La tolerancia implica reconocer al otro como aquel que, más allá de las diferencias, es esencialmente mi igual, asumirlo en su humanidad y dignidad, como un prójimo o próximo, por diferente que sea. Y a la inversa también: igualdad no significa uniformidad. Las tendencias intolerantes tienden precisamente a uniformar la existencia.

La tolerancia y su historia. El *pluralismo* es, en efecto, uno de los hechos más patentes y distintivo de nuestro mundo; pues en este, como nunca antes, los seres humanos se han comunicado entre sí en todo el planeta, recibiendo, con ello, la más pasmosa evidencia de su inmensa diversidad; pero también de su extraordinaria posibilidad de unificación o globalización, la cual no

puede consistir en la abolición de las diferencias. La tolerancia muestra la necesidad del doble y simultáneo reconocimiento: de la diferencia y de la igualdad de los seres humanos. El concepto de tolerancia es propio de la modernidad. Los primeros indicios de su uso se dan en el Renacimiento, aunque no sin antecedentes en la Antigüedad. Nicolás de Cusa, uno de los primeros renacentistas, concibe la paz de los fieles precisamente en la tolerancia recíproca de las religiones. Estas son múltiples y diferentes pero todas tienen el mismo derecho a existir y un valor equivalente. Concibe a Dios como "el rostro de todos los rostros"; unos hombres lo miran con una faz y otros con otra, pero Dios estaría en todas las religiones por igual. Desde luego, hay antecedentes en la Antigüedad: el politeísmo es ya un signo de pluralidad, pero sobre todo destaca en la época clásica de los griegos una notable aceptación a la diversidad de formas de vida, de costumbres y de leyes. Sin embargo, dicha aceptación se da para los ciudadanos griegos y libres, no para los esclavos o los "bárbaros". No sin discriminación y xenofobia. El medioevo, por su parte, con el absolutismo religioso es en muchos sentidos modelo de intolerancia, en particular en la cumbre de esta representada por la Inquisición. En contraste, un modelo excepcional de tolerancia se dio hacia el siglo XV en las ciudades españolas de Toledo y Córdoba, donde por un tiempo conviven la mezquita árabe, la sinagoga judía y la iglesia cristiana, respetándose mutuamente. Pero es expresamente la Ilustración la que afirma y consagra el valor de la tolerancia, aunque poniendo el acento en lo universal, en la igualdad más que en la diferencia. Los principales pensadores clásicos de la tolerancia han sido Voltaire en Francia y J. Locke y J. S. Mill en Inglaterra, por solo citar a los más conocidos. Desde el siglo XX, la tolerancia se habrá de incorporar a las constituciones democráticas, además de formar parte ciertamente de los catálogos de derechos humanos. No obstante, no se puede pasar por alto que a pesar de la evidencia y la aceptación casi universal de los Derechos Humanos y del valor de la tolerancia, a pesar de que tras de los horrores de la Segunda Guerra Mundial prevalecería el nunca más, persisten aún racismos, intolerancias, fundamentalismos, xenofobias y discriminaciones de toda índole.

La tolerancia como virtud. La tolerancia es ciertamente *virtud*, y esto significa que de modo permanente está conquistándose en lucha contra las fuerzas opuestas. Es cierto así que la historia ha dado múltiples y terribles testimonios de la intolerancia, pero también de un creciente combate contra ella, lo cual es uno de los signos más relevantes de un progreso moral. No obstante, tampoco puede soslayarse el hecho de que la tolerancia misma puede tener *un significado eminentemente negativo*, manifiesto en dos modalidades. De ahí que sea indispensable distinguir la *tolerancia auténtica* de las *formas falsas de tolerancia*. La palabra misma remite a algo negativo: *Tolerar* significa *soportar* o *aguantar*. En el fondo conlleva un rechazo y supone una especie de sacrificio, concesión, condescendencia o favor que se hace al otro. En otros contextos, tampoco se habla de "tolerar una medicina" y, en general, las ciudades suelen demarcar una "zona de tolerancia". Como "un mal necesario" se tolera aquello que en realidad se reprueba, pues se juzga error o vicio, ya sea en el orden religioso, político o moral. *Tolerancia* en este sentido tiene un significado de "condena", de no respeto al otro, ni a su diferencia ni a su igual dignidad. Esto explica, por ejemplo, que Balmes afirmara que la tolerancia "lleva siempre asociado el mal", y Goethe, por su parte, dijera que "tolerar es una manera de ofender". Todo lo contrario en suma de la tolerancia comprendida como una virtud. Y otra modalidad negativa de la tolerancia es aquella que en apariencia sería de signo positivo; cuando se considera que todo puede tolerarse y que, por tanto, la tolerancia no tiene límites. Se trataría de la tolerancia "pura" o pasiva (Marcuse), que es una aceptación de lo inaceptable y que tolera todo como una forma de evitar cambios y mantener la represión. Equivale en el fondo a indiferencia, o bien a complicidad: una seudotolerancia calculadora (Bobbio) que solo busca mantener el *statu quo*.

La tolerancia auténtica. La *tolerancia auténtica*, por el contrario, considera que ella no es absoluta y que tienen límites irrechazables, y todos los clásicos de la tolerancia los han fijado, de acuerdo con sus propias valoraciones. En la actualidad hay un consenso en admitir que hay "un coto a la tolerancia" (Garzón Valdés) y en establecer que los límites a la tolerancia están precisamente ante *la intolerancia* (Popper). Todo puede tolerarse menos las manifestaciones de esta: el racismo, la discriminación, la tortura, la persecución del otro por sus creencias, su religión, su ideología, su sexo, su etnia, su salud, sus preferencias sexuales, etc. La tolerancia, en este sentido, conlleva su propia "intolerancia", aunque esta ha de buscar todos los medios posibles, de no-violencia, racionalidad, persuasión, legalidad, etc., para combatir la intolerancia y superar así la circularidad. La diferencia estriba en las formas de hacer frente a la intolerancia. Tolerar, en suma, no significa perder las propias valoraciones y convicciones. Por eso la verdadera tolerancia conlleva la paradoja de que con la misma fuerza y pasión con que se defienden los propios valores se defiende el derecho del otro a sostener los suyos (Voltaire, Bobbio).

Referencias

Norberto Bobbio, *El tiempo de los derechos,* Madrid, Ed. Sistema, 1991; Cap. XIV, "Las razones de la tolerancia". - H. Marcuse, *Crítica de la tolerancia pura*, Madrid, Editora Nacional, 1977. - Ernesto Garzón Valdés, "No pongas tus sucias manos sobre Mozart: algunas consideraciones sobre el concepto de tolerancia", México, Estudios, ITAM, 1992. - Iring Fetscher, *La tolerancia. Una pequeña virtud imprescindible para la democracia*, Madrid, Gedisa, 1990. - John Locke, *Carta sobre la tolerancia,* Madrid, Taurus, 1994. – Voltaire, *Carta sobre la tolerancia. Opúsculos satíricos y filosóficos*, Madrid, Alfaguara, 1978. - J. Stuart Mill. *Sobre la libertad*, Barcelona, Orbis, 1984. - Victoria Camps, *Virtudes públicas*, Madrid, Espasa Calpe, 1990.

Conciencia moral

Ricardo Salas Astraín (Chile) - *Universidad Católica Silva Henríquez*

Concepto, historia y relevancia internacional. La cuestión de la *conciencia moral* ha sido fundamental para el análisis ético-religioso de los actos humanos, buenos o malos, y se ha insistido en el carácter autoconsciente o del sí mismo. En particular, en la filosofía griega refiere al sentido o la capacidad para discernir y reconocer concretamente los actos buenos o malos relativos a la acción (*phronesis*). Entre los autores modernos, Descartes y Spinoza, se la vincula a la tristeza o remordimiento (*remords de conscience*) de realizar algo malo. Entre los alemanes se distingue *bewusstsein* (conciencia) de *gewissen*. En Wolff y Kant, *gewissen* se entiende como la facultad que juzga la moralidad de nuestras acciones. Se trata, por consiguiente, de una categoría ética y moral que sitúa a la conciencia moral frente al sentido mismo de las cuestiones prácticas, a saber, del modo de acertar o errar. La exigencia autónoma de hacer el bien que hace morales ciertos actos, y que por extensión puede ampliarse a los acciones políticas y jurídicas, se contrapone a un hacer el mal o errar, y que puede incluir una deformación de la misma conciencia. En general, la conciencia moral contiene cierta ambivalencia y se vincula con otras formas de la conciencia, que en su dimensión general puede ser psicológica, epistemológica y metafísica. La conciencia moral aparece con un carácter inherente al ser humano, de modo que con frecuencia la discusión es saber si su origen es natural o social. La alternativa entre una y otra no da cuenta de los estudios de la conciencia moral en el siglo XX. Hay un trasfondo en la estructura propia del ser humano, pero que exige una consideración relativa al modo histórico-social de discernir correctamente una acción, lo cual hace que un análisis ético-moral no puede desprenderse del análisis de los contextos. En las décadas recientes, y producto del giro lingüístico, ella aparece refiriendo a la capacidad comunicativa de consolidarse entrando en una relación moral intersubjetiva. Habermas la considera desde un modelo de una acción comunicativa. En los estudios de desarrollo moral se muestran perfectamente sus diversos grados, desde el convencional hasta el posconvencional. En los debates actuales relativos a los atropellos a los Derechos Humanos, esta categoría vuelve a ser relevante pues ayuda a conceptualizar la problemática de la debida formación de la conciencia de los profesionales, de entender lo que significa apelar a una "decisión en conciencia", esclarece el tema de la "debida obediencia" a aquellos que entregan órdenes institucionales, y profundizar los grados de conciencia frente a la violación de los derechos de los otros. Estos temas son claves en un enfoque crítico de la bioética latinoamericana.

Estado del concepto en América Latina (teórico-práctico). En América Latina las cuestiones ético-morales han tenido relevancia desde los inicios de la Conquista de América, donde diversos teólogos y pensadores denunciaron los gravísimos atropellos de las poblaciones autóctonas. Asimismo en el nacimiento de nuestros países para muchos de los patriotas luchar por la soberanía del pueblo fue una cuestión asumida desde una naciente conciencia sociohistórica. De igual modo, en las últimas décadas la defensa de los derechos de los perseguidos fue una cuestión que agudizó la conciencia social y moral de muchos latinoamericanos. Si bien el tratamiento europeo clásico de la conciencia moral distingue la conciencia moral de la conciencia sociohistórica, en América Latina esta cuestión "moral" no puede comprenderse sin hacer referencia a los contextos a-simétricos y conflictivos. Un enfoque relevante es la idea de la emergencia de la conciencia crítica en la pedagogía de Paulo Freire, quien señala que el paso hacia una plena humanización implica dejar la conciencia ingenua o mágica para avanzar hacia una conciencia crítica; en este sentido hay una concepción de carácter histórico que lleva a entender los desafíos de una formación de la conciencia ético-crítica. Entre los filósofos morales se ha mantenido esta concepción vinculada al proyecto de un personalismo comunitarista, pero la idea más significativa surgió a partir de los debates iniciados por la filosofía de la liberación. Entre algunos pensadores latinoamericanos se ha dado en los últimos 30 años un debate acerca de la conciencia ligada a las nociones de reflexividad o subjetividad. Entre otros, Acosta, Dussel, Marquinez-Argote y Roig se interesan en el proceso histórico que conlleva el desarrollo de una "toma de conciencia" que va desde las narraciones individuales y sociales hasta el desarrollo de la conciencia ético-crítica que haga frente a los conflictivos contextos latinoamericanos.

Posición crítica del autor. El problema de la conciencia moral exige empalmarla con la categoría de la reflexividad. A menudo en las ciencias sociales se ha valorizado el carácter reflexivo de los sujetos sociales en un entorno moderno, y contrapuesto a la tradición. A veces, se la ha entendido como un ejercicio también moderno de una autenticidad reflexiva, al modo de Ferrara, o como lo señala Bordieu, un elemento central de la sociología crítica. No obstante, sin desconocer estos aportes convergentes, la consideramos una categoría histórico-cultural, por la cual la reflexividad aparece como parte de un proceso de la humanidad, y refiere a ese proceso inherente a las culturas humanas, no necesariamente modernas, desafiadas al diálogo y a la comunicación con otras culturas para interactuar con un tipo de justicia intercultural. La idea de la reflexividad es clave, por tanto, para consolidar dicha instancia crítica dentro de las exigencias intersubjetivas del diálogo intercultural, ya que permite desvelar, entre otras, las formas ideológicas de la racionalidad tecnológica como "astucia del poder". Ella contribuye a avanzar en la adecuada crítica de la razón abstracta homogeneizante, a partir del reconocimiento de los otros saberes culturales. Esta es la "razón práctica intercultural" que responde a los saberes de los mundos de vida que no han sido colonizados, para usar el vocabulario habermasiano, y que permite levantar una noción de bioética que asuma los desafíos propios de nuestros contextos. Si esta tesis acerca de la criticidad ético-política es correcta, afirmamos que en todos los contextos culturales se requiere alcanzar niveles de enjuiciamiento frente a determinadas situaciones inhumanas. En cada cultura la conciencia moral y la vida ética se logran a través de las virtualidades de las formas discursivas y estas pueden ser llevadas a su nivel de mayor reflexividad. El trabajo de los especialistas coincidiría entonces con la posibilidad de sostener que el problema de la lingüisticidad contextual comprende las relaciones intersubjetivas, lo cual implica poner de relieve conjuntamente la perspectiva pragmática y la hermenéutica en el análisis de las razones. Se lograría establecer así una concordancia entre *las razones de los otros* y *las diversas formas discursivas* que expresan la polifacética experiencia humana y moral. Existiría entonces la posibilidad de sostener que la relación práctica, por una parte, no se reduce de ningún modo a un acto comunicativo-lingüístico, pero, por otra parte, se lograría aprovechar el tema de las *razones morales* de un modo eminentemente comunicativo y reflexivo, en el terreno de los actos de habla. Es necesario forjar un modelo teórico que permita establecer efectivamente su articulación mutua.

Referencias

E. Dussel, *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*, Madrid, Trotta, 1998, cap. V. - G. Fernández, "Conciencia teórica y conciencia moral. Encuentro y diversificación", en *Escritos de filosofía*, 37-38, (2000), pp. 141-150. - Paulo Freire, *Concientizaçao e práctica da libertaçao*, São Paulo, Moraes, 1992. - O. Höffe, *Diccionario de ética*, Barcelona, Grijalbo, 1994. - J. Habermas, *Conciencia moral y acción comunicativa*, Barcelona, Grijalbo, 1986. - J. Ladrière, *L'éthique dans l'univers de la rationalité*, Montreal-Namur, 1997. - J. Libanio, "Conciencia crítica-concientización", en *Pensamiento crítico latinoamericano*, Santiago, Ediciones UCSH, 2005, T.I, pp. 53-62. - Germán Marquinez Argote, *El hombre latinoamericano y sus valores*, Bogotá, Editorial Nueva América, 1980. - A. A. Roig, *Ética del poder y moralidad de la protesta*, Mendoza, Ediunc, 2002. - R. Salas Astrain, *Ética intercultural*, Santiago, Ediciones UCSH, 2003.

Intención y responsabilidad

Agustín Estévez (Argentina) - *Universidad Nacional del Sur*

La relación en el sentido tradicional. En el lenguaje moral y jurídico hay una relación estrecha entre intención y responsabilidad. La *intención* es lo que hace significativo y humano lo que de otra manera sería un puro evento natural. Configura la acción humana, revela que ella es racional por presuponer la representación de lo que se pretende lograr. El obrar humano, ya sea como operar técnico o como acción moral (praxis), supone representación del fin. La intencionalidad hace que la acción querida y elegida pueda imputársele al agente. Es desde esta atribución que surge el tema de la *responsabilidad*. La acción humana tiene dos aspectos: uno interior, relacionado con el agente, y otro exterior, de tipo causal y que vincula la transformación de una situación objetiva con la voluntad del agente. En esta dimensión objetiva se vincula la propia acción con la acción de otros agentes y es allí donde surge la cuestión de responder, ser responsable por los propios actos y sus consecuencias. Fue Aristóteles quien vinculó la voluntariedad de la acción con grados de asentimiento del agente. Las acciones voluntarias se definen por la responsabilidad que conecta la posibilidad de ser causa con la intencionalidad del agente. ¿Cuál es límite a lo que se ha de responder? Hay aquí no solo una consideración de las propias capacidades predictivas, sino también de los grados voluntarios de asentimiento; hay un continuo desde la acción voluntaria y querida a la acción forzada cuya causa es completamente exterior al agente y, por eso mismo, imposible de serle atribuida. Pero hay otro tipo de acciones que obligan a tomar una decisión bajo situación forzada, pero en la cual es posible una elección, son las llamadas acciones mixtas. El carácter más o menos

forzado de la acción mide los grados de responsabilidad y la imputabilidad o no de la acción al agente (Aristóteles, EN, III, 1).

La modernidad. Desde la modernidad y en especial a partir de Kant (Kant, 1785) parecen escindirse intención y responsabilidad. El valor moral de la acción reside en la interioridad de la voluntad del agente. Es la máxima conforme a la ley moral la que decide acerca de la moralidad de la acción. El principio de la moralidad es a la vez racional y acósmico. Lo que califica de genuinamente moral a una acción es la calidad del querer del agente, la máxima con la que se ha decidido a obrar. El aspecto exterior y empírico de la acción queda fuera del alcance del agente. Esto no quiere decir que no deba considerarse la dimensión de las consecuencias, pero estas son más del resorte de lo prudencial e hipotético, que de lo moral propiamente dicho. Queda así abierta si no una dualidad al menos una diferencia dialéctica, que podemos reconstruir a partir del operar del mismo agente. Hay una primera dimensión donde el agente se decide por la moral, esa decisión reside en la pura interioridad de la conciencia. Es, si se quiere, el resultado ya de un hecho de la razón, como pretende Kant, o bien de una elección originaria por la moral. Pero hay una segunda dimensión, una decisión segunda, donde lo que se considera es la propia acción puesta en el mundo. Aquí lo esencial no es solo lo empírico de las consecuencias, sino también el hecho de que la acción irrumpe y es puesta como un desafío en una moral dada e histórica. En esta dimensión entran la política, la filosofía de la historia y el problema de lo que se conoce como inversión de la praxis. La propia acción es interpretada y juzgada por otros, que por supuesto no pueden captar su intención íntima, solo ven el aspecto objetivo y dado. Ellos pueden inclusive invertirle su significado. Esto se nota en particular en que no pocas veces los resultados de nuestras mejores intenciones son invertidos por los hechos y en el mundo. Precisamente el mundo está lejos de ser moral, o estar moralizado, todo mundo remite a la elección primera, y al desafío de mejorarlo. En ese sentido hay una relación y a la vez un distanciamiento con lo político.

Max Weber. Este hecho ha sido particularmente remarcado por Max Weber en su famosa distinción entre *moral de la convicción* (*gesinnungsethik*) y *moral de la responsabilidad* (*vorantwortungsethik*) (Weber, 1919). En aquella conferencia muestra este autor la compleja relación entre ética y política. Y observa que las máximas del obrar presentan una doble dimensión, una que apunta a la intencionalidad (*gesinnung*), al principio moral puramente considerado. Esta dimensión muestra la orientación propiamente moral de la acción considerada absolutamente, esto es, sin considerar los resultados y consecuencias del obrar. Esta postura remite como ilustraciones al estoicismo, al Sermón de la Montaña, y en general a toda posición que considera como criterio moral exclusivamente la pureza de la intención, dejando de lado lo que resulte del obrar en el mundo. En sí misma considerada esta postura es honda y coherentemente asumida e irrefutable. El fenómeno de la moral aparece aquí como transmundano, un deber ser ideal, un Reino que no es de este mundo. La otra dimensión está dada por lo que nuestro autor denomina ética de la responsabilidad, la cual está dada por la dimensión prudencial que es esencial en la vida política. Aquí se juzga la acción en el mundo, y se juzga también al mundo. El político genuino rechaza tanto una praxis política sin convicciones, lo que se llama *realpolitik*, como el utopismo, que niega todo desde principios puestos de manera absoluta y sin la voluntad, en el fondo, de realizarlos. La responsabilidad que hay que interpretar como compromiso con el mundo significa reconocimientos difíciles de aceptar *prima facie*. Primero, no siempre del bien se sigue el mal, el mundo sombrea con la violencia y está lleno de privaciones y arbitrariedades, las acciones humanas difícilmente pueden eliminar la lucha y el conflicto de intereses particulares. Hay moral porque somos inmorales, no existe moral para los dioses. Asumir esto es también un momento de la moral. No debe entenderse que deban considerarse separadas ambas dimensiones. Un político sin convicción es un aventurero, alguien que vive de la política y no para la política. Un político responsable es aquel que mide las consecuencias de sus acciones y lo hace en función de la cohesión de su comunidad y del bienestar y seguridad de aquellos que gobierna. Si bien la diferencia la puso Weber para la relación de la moral con la política, creemos que puede considerarse desde la moral misma, como dos momentos dialécticos de la moral. El momento de la intención es el de la interioridad de la acción moral; la moral comienza por ser un orden ideal e interior que supone una decisión básica e indeducible por la moral. Si me decido por la moral, se sigue de ello, por medio de una lógica hipotética, el deber y la exigencia de la universalidad. Puedo quedarme allí y no aceptar vivir en el mundo; la popularidad del estoicismo reside en que esta actitud suele tomarse cuando se ha perdido la certeza en la moral y en el orden político de la comunidad. Pero puede considerarse incompleta esta postura, y cada agente moral puede elegir una nueva exigencia, la de realizar sus valores en el mundo, poner su acción y juzgar el mundo (Weil, 1961). Esto que sale de la moral es en otro aspecto más que moral, pero es exigido desde la moral, es

tal vez lo que hoy llamaríamos ética aplicada. No es una mera y reiterada aplicación ciega, es un compromiso con el mundo, y con lo que Weber llama responsabilidad. La moral es una exigencia, pero esa exigencia se realiza con y contra el mundo, precisa de este como punto de apoyo. En esta dimensión entra no solo la política, sino también la historia, la religión y hasta la utopía, en el sentido de ideal regulador.

Bioética. Un caso que ilustra la bidimensionalidad de la ética es el de la bioética. El discurso que constituye esta disciplina está requerido de fundamentación que intenta buscar la unidad que le da coherencia, pero también precisa de la diversidad, de un compromiso con la moral dada en una comunidad histórica. El discurso deviene discusión y si esta es genuina y seria tendrá que conducir a la gestión de valores en el mundo sanitario o en el de la ciudadanía. Dos extremos amenazan hoy a la bioética: un procedimentalismo oportunista y el fundamentalismo ideológico. Ambos descuidan por igual el tema de la reflexión y la fundamentación normativa, guiándose por representaciones inmediatas que se asumen sin crítica. Se cae en la autocomplacencia que excluye al que piensa distinto, para encerrarse en un localismo intolerante o en un universalismo vacío. Si se caracteriza a la bioética como ética aplicada entonces deviene esencial la reflexión ética que toma en serio los principios y el compromiso de su aplicación. Se exige la relación siempre desafiante entre ética de la intención y ética de la responsabilidad. Se piensa en el carácter normativo de la ética y en el vínculo entre experto y lego, surgiendo como exigencia la interdisciplina y la transconfesionalidad. Se piensa la moral como un orden ideal y de exigencia, pero se sabe que de hecho no podemos alcanzar más que lo menos malo. Nunca concluye el desafío de la exigencia moral, y el mundo pone su lógica inexorable de algo siempre incompleto y sometido a la violencia, pero también siempre susceptible de mejoramiento.

Referencias

Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, III, 1, 1110 a 1-15. - I. Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Ed. Bilingüe de J. Mardomingo, Madrid, Ariel, 1999. - Max Weber, *El político y el científico*, Madrid, Alianza, 1993. - Eric Weil, *Philosophie Morale,* Paris, Vrin, 1961.

Injerencia - Asistencia - Solidaridad

Claude Vergès (Panamá) - *Universidad de Panamá*

Injerencia proviene del verbo injerir, que a su vez deriva del latino *inserĕre*, que significa, entre otras acepciones, "meter una cosa en otra", "introducir en un escrito una palabra, una nota, un texto, etc.", "entremeterse, introducirse" en un grupo o país. En cada uno de estos significados es una acción dirigida, que implica cierta fuerza o coerción por parte de una persona, un grupo o un país sobre otro grupo, persona o país. Cuando una persona está afectada se habla de violación de su integridad y de su dignidad. En ocasiones se utiliza la palabra *ingerencia*, del verbo ingerir, derivado del latino "*ingerĕre*", que significa "introducir por la boca la comida, bebida o medicamentos", con el mismo significado de introducir, realizar algo en el espacio de otro sin su consentimiento o por coerción. Aunque estas palabras sean homófonas, suelen usarse como sinónimo, introduciendo una confusión entre lo éticamente inaceptable (injerir) y lo diariamente corriente (ingerir). La segunda confusión está introducida por dos imperativos: el *deber de injerencia humanitaria* y el *derecho de injerencia humanitaria*. La palabra humanitario(ria) proviene del adjetivo latino humanĭtas(ātis), que significa: "que mira o se refiere al bien del género humano", "benigno, caritativo, benéfico", y por extensión, "que tiene como finalidad aliviar los efectos que causan la guerra u otras calamidades en las personas que las padecen". El valor ético de las acciones necesarias para cumplir con estas definiciones dependen de cómo se llevarán a cabo las acciones para el bien del género humano o los alivios de efectos negativos, y de los resultados a corto, mediano y largo plazos.

El deber de *injerencia humanitaria* constituye un imperativo categórico para Bernard Kouchner (ex presidente de Médicos sin Fronteras) cuando se da una "violación masiva de los Derechos Humanos" y debe ser avalado por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Es a la vez un derecho porque se inscribe en el derecho a la vida de las personas en situación de peligro. Representa la prolongación del deber de asistencia médica hacia una urgencia individual (trauma, infarto, etc...) porque nadie puede quedar indiferente al sufrimiento o a la muerte de una población esté donde esté. El concepto fue publicitado en Europa, a raíz de las hambrunas en África, producto de las guerras civiles. Sin embargo, ha encontrado una fuerte oposición de los países del Sur, que consideran que detrás de motivos humanitarios existen motivos políticos, que invocan el derecho internacional (aceptado en los diferentes documentos de las Naciones Unidas, luego de la descolonización) que prohíbe el uso de la fuerza para la resolución de diferencias entre países. En efecto, el *derecho/deber de injerencia humanitaria* siempre ha sido invocado por los países del Norte hacia el Sur (Europa y Darfour, 2007), o de los países grandes hacia los pequeños (India y Bangladesh,

1974). Pero para sus defensores, el concepto expresa la necesidad de "*solidaridad urgente*" a favor de poblaciones en situación de extrema vulnerabilidad (guerra civil, desplazamiento, hambre). Más allá de la oposición de gobiernos que no representan siempre la voluntad de sus ciudadanos, es importante resaltar la incompatibilidad ética entre injerencia y derecho. Desde el significado teórico de cada uno de estos conceptos, hasta su aplicación en el ámbito político-económico internacional de desigualdades, no encuentro punto de concordancia. Estamos frente a un conflicto entre el derecho a la vida de las poblaciones vulneradas y las aplicaciones e implicaciones del deber de compensación de esta vulnerabilidad por los más fuertes. El concepto de injerencia implica que las organizaciones no gubernamentales o los Estados fuertes no tendrán en cuenta la opinión de nadie, ni siquiera de estas poblaciones vulneradas en la aplicación de lo que consideran su derecho/deber. Por lo que fácilmente puede ser utilizado para fines que no tienen relación con el derecho a la vida de estas poblaciones. Además, ¿es ético dejar morir a grupos humanos sin ayudarlos?

El derecho a la asistencia. Los organismos de las Naciones Unidas, y en particular la Cruz Roja y la Media Luna Roja, prefieren hablar de *asistencia humanitaria* para calificar sus acciones en las zonas de conflictos y de desastres. Nuevamente volvemos a las definiciones. *Asistencia* quiere decir: "acción de estar o hallarse presente", "acción de prestar socorro, favor o ayuda", "medios que se dan a alguien para que se mantenga", y en Bolivia, Chile, Nicaragua y Perú es una casa de socorro. Cada una de estas definiciones implica la presencia activa de las personas que reciben una asistencia necesaria en situación de urgencia que debe continuarse en un programa de rehabilitación y reinserción de estas poblaciones. Los organismos de las Naciones Unidas se mueven en el marco del derecho internacional y necesitan del acuerdo de los Estados para operar. Por tanto, los compromisos necesarios para llevar a cabo las acciones de asistencia humanitaria pueden llevar a callar las situaciones de violación de otros derechos humanos en nombre del derecho a la vida de las poblaciones civiles y grupos en conflicto. Pero, al no pretender dar un valor de misión superior a la *asistencia humanitaria* y al rehusar el uso de la fuerza, la contradicción entre lo proclamado y lo realizado es menor que en el caso de la *injerencia humanitaria*. En las circunstancias internacionales actuales la *asistencia humanitaria* representa una ética de mínimo al intentar paliar las situaciones extremas que se generan por conflictos o por desastres naturales. Frente a las desigualdades internas e internacionales, los marginados (pobres, mujeres, discapacitados, indígenas, etc.) pueden reclamar su *derecho a la asistencia*, entendida como mecanismos y recursos para acceder a su pleno desarrollo como humanos, y los organismos internacionales y los países ricos tienen un deber de asistencia que respeta el ritmo que se quieren dar estas poblaciones. Los partidarios del *deber/derecho de injerencia* consideran que estas poblaciones, por su situación de extrema vulnerabilidad, no están en capacidad de reclamar sus derechos, entre ellos el de asistencia y, por tanto, es deber de los más capacitados (materialmente) de ir en su ayuda sin esperar una demanda. Esta posición, que se reclama de la beneficencia, es al contrario un ejemplo de paternalismo intelectual que riñe con el derecho a la libertad y a la participación informada de las poblaciones vulneradas. El derecho a la asistencia no justifica el derecho/deber a la injerencia sino que pide la correspondencia del deber de solidaridad.

La *solidaridad* une la responsabilidad individual con el destino del grupo o de la sociedad a la cual pertenece. La solidaridad es un concepto jurídico, que ha sido invocado para reprimir movimientos organizados de protesta o de resistencia en América Latina. Más allá de este significado, la solidaridad es un valor social creado por la conciencia de una comunidad de intereses y, por tanto, es humanitario en sí mismo. En consecuencia, implica la necesidad moral de ayudar, asistir, apoyar a otras personas, como parte de la responsabilidad personal. El deber de solidaridad de los países más ricos responde al derecho de asistencia de los países más pobres (Singer, 1988). En el mundo globalizado actual, es importante aclarar cada uno de estos conceptos. Todos invocan los Derechos Humanos, pero la injerencia es contraria a los mismos ya que implica el uso de la fuerza por parte de los más fuertes. La asistencia humanitaria sería el mínimo aceptable y aplicable en las condiciones de la situación internacional actual; y la solidaridad frente al derecho de asistencia sería un valor máximo de los Derechos Humanos.

Referencias

Secretaría del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales revisado de conformidad con el Protocolo No. 11 completado por los Protocolos Nos. 1 y 6,* Septiembre de 2003. - Peter Singer, *Practical Ethics,* 1.ª edición inglesa, 1980 (versión española, *Ética práctica*, Barcelona, Ariel, 1988); 2.ª edición inglesa, *Practical Ethics: second edition,* Cambridge University Press, 1993 (versión española, *Ética práctica*, segunda edición, Cambridge University Press, 1995).

Legitimidad

María Luisa Pfeiffer (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

Legitimidad. Se considera legítima a una situación, Estado, acto o procedimiento que se conforma a un mandato previo ético, moral o legal. Cuando este proviene de la ética o la moral se toma *legítimo* en sentido amplio, y si proviene de un orden jurídico, *legítimo* es tomado en sentido estrecho. No se debe identificar en este segundo sentido legítimo con legal, ya que legales son los actos conformes a una ley positiva formal, la cual adquiere legitimidad de los órdenes moral y ético que la sustentan. Así, un acto legal, conforme a una ley, puede ser ilegítimo cuando dicha ley no responde a exigencias morales o carece de fundamentos éticos. La legalidad está condicionada por la legitimidad. Toda legitimación exige una justificación de modo que, si bien es cierto que según la jurisprudencia no es penado quien cumple con la ley, puede cuestionarse la legitimidad de esa obligación o deber para no obedecerla. La legitimidad del obrar tiene como primera condición la eticidad del acto. Diferentes modos relacionales entre los hombres, además del legal, pueden ser calificados de legítimos: el político, el del poder, el de las relaciones parentales, de gobierno, de propiedad, del uso del conocimiento, entre otras. Está claro que estos tipos de relación se tocan y más que tocarse se suponen unos a otros; es imposible una ley legítima sin un ejercicio del poder que no lo sea y ambas legitimidades están a la base de la legitimidad del Estado, por ejemplo. En la búsqueda de justificación de las conductas que exige la ética, la legitimidad representa el deber ser: un poder, un Estado, una ley son legítimos cuando son lo que deben ser. En consecuencia, aquellos que los ponen en práctica "cumplen con su deber", es decir, realizan un legítimo ejercicio relacional.

La ética como reflexión fundante de la legitimidad. ¿De dónde proviene ese orden del deber ser? Podemos hallar básicamente dos respuestas: de un orden ajeno a la voluntad de los humanos, sea este cósmico, natural o divino, o de la propia voluntad humana. La ética, que establece este deber ser respecto de las relaciones humanas, resulta entonces la reflexión fundante de la legitimidad, y en ese sentido puede así ser simplemente eco de un orden establecido o resultado de la deliberación de voluntades libres. En cualquiera de los dos casos la ética apela a un orden del deber ser con vocación de universal y absoluto, en cuanto debe afectar incondicionalmente a todos los seres humanos por igual. En ciertos momentos históricos de nuestra cultura la ética replicó un orden ya establecido, por la *Physis* en el caso de los griegos, por Dios en el caso del judeocristianismo. A partir del Renacimiento, la ética comienza a apelar a principios apoyados sobre una racionalidad ordenadora humana que buscará establecer imperativos irrebasables al modo como lo eran el griego y el cristiano. Esto busca la ética de Kant, con su imperativo categórico, o la de Stuart Mill, con su ley universal y única de hacer el mayor bien al mayor número, entre las más representativas. También buscó apoyarse sobre lo que se denominaron valores, que no son otra cosa que fines reconocidos como guías de conducta (Scheler, Hartman). Respecto de las éticas de los valores se reproduce la problemática que afecta a la ética en general; algunos afirman que los valores no dependen de la voluntad humana y tienen cierta entidad en sí mismos independientemente de ser queridos o no; otros afirman que provienen de la voluntad y el deseo humanos. En ambas propuestas de fundamentación ética se acentúa el papel de la libertad de la voluntad humana, pero también hay una clara referencia a un deber ser con características semejantes que legitimará o no los actos morales: en el primero esta legitimidad estará avalada por principios universales y absolutos, y en el segundo, por el reconocimiento de valores que deben "obligar" de forma universal e incondicional. En ambos casos está presente la exigencia de universalidad y no condicionamiento.

Poder y seudolegitimación. El cuestionamiento actual de la posibilidad de universalidad y del carácter absoluto, o al menos incondicionado, de toda ética legitimadora de la ley y de todo ejercicio de poder enfrenta a las sociedades al problema de la falta de legitimidad en el ejercicio de las funciones, sobre todo, políticas, pero también en los órdenes familiar, económico y científico. Si el ejercicio del poder no puede obtener de ninguna parte legitimidad, cualquiera está autorizado a ejercerlo. Cuando un poder es legítimamente ejercido, obliga a obedecerlo. En caso de que la legitimidad provenga de un orden cósmico o divino, la desobediencia implica la pérdida de la identidad humana. Cuando la legitimidad proviene de la libre voluntad humana, es la misma voluntad la que se obliga, estableciendo leyes en lo que llamamos una actitud coherente y racional. En sociedades donde la legitimidad desaparece porque no hay pautas éticas que sean reconocidas como tales, ni heterónomas ni autónomas, cada cual obedece a su propio capricho, solo responde a su deseo, su voluntad no necesita ser coherente con ninguna ley, ni siquiera la de la propia razón. Esta situación propicia la apropiación ilegítima del poder por parte de Estados dictatoriales, ideologías populistas, influencias propagandísticas y publicitarias, agrupaciones seudorreligiosas y sectarias, que se apoderan de la función legitimadora y suplantan la

legitimidad por algún tipo de fuerza. Todas estas formas de seudolegitimación por parte de los poderosos llevan a conductas autísticas en un principio que terminan siendo violentas para poder mantenerse y extenderse. La legitimidad se convierte entonces en la capacidad para conseguir que sean aceptados los límites que impone el poder apelando a cualquier medio: el terror, la manipulación, el soborno, la falsa promesa, la ideología, etc., intentando convencer de que su presencia es conveniente y adecuada.

Modos de legitimación del poder. Weber sintetiza en cuatro los diferentes modos de legitimar un poder político: 1. *Tradición*. La legitimidad proviene de su adaptación a usos y costumbres del pasado. Su resultado son políticas conservadoras; podríamos incluir en estas a las religiosas, ejercidas por ancianos, nobles o castas dominantes. 2. *Racionalidad*. El poder se justifica en estos casos desde una adecuación entre los fines que pretende y los medios que propone. Se establece a partir de allí una ley o una constitución como ley suprema que pasará a ser el fundamento legitimador de todo poder. Gobernará quien designe la ley como funcionario a quien se le ha delegado esta función. 3. *Carisma*. El poder está legitimado por una cualidad excepcional o extraordinaria en una persona que adopta o formula una propuesta. Esta persona se convierte en un personaje que despierta admiración y confianza, la cual es suficiente para legitimar su poder y para que se acepte su propuesta con una fe cuasi religiosa. 4. *Rendimiento*. Lo que legitima aquí el ejercicio del poder es el resultado de sus propias acciones, que responden a expectativas previas creadas por él mismo o no. El éxito refuerza la legitimidad. Este es el caso de la ciencia.

Ética y legitimidad racional. La democracia, el sistema de gobierno que aceptamos como legítimo en gran parte del globo, entraría en la categoría de *legitimidad racional* de Weber. Nace desde el supuesto de hombres libres e iguales que ejercen el poder sobre sí mismos como sociedad. La legitimidad de ese poder proviene de la libre voluntad de los componentes de esa sociedad que establecen leyes racionales que se comprometen a obedecer. Si bien la resultante es la obediencia a una ley positiva, esta debe estar sostenida sobre la voluntad libre de los iguales, es decir, debe obtener su legitimidad del reconocimiento ético de la universalidad y el carácter absoluto de la ley. En una sociedad democrática ninguna persona, ni individual ni grupalmente es dueña del poder, del Estado o de la ley, sino que estos son ocasionales depositarios del mismo por parte de la sociedad. La *ética* es la última instancia legitimadora de los órdenes legales y políticos en cuanto pueda fundamentar estos órdenes desde algún espacio de acuerdo, como puede ser el de la racionalidad de los discursos. Algo que habrá de tomarse en cuenta es la posibilidad de manipulación de estos por parte de los poderosos y establecer, desde el ejercicio de la crítica, la duda acerca de la validez de los consensos como tales. Cuanto mayor sea la intervención de los poderosos, cuanto mayor sea la carga ideológica, cuanto más forzado sea el consenso, tanto más aparente será. La legitimidad no puede plantearse como algo desde lo cual se parte, sino algo que se consigue en un proceso dinámico por parte de las comunidades que adoptan la ética como aspiración de seres humanos autónomos y solidarios.

Referencias

Norberto Bobbio, *Estado, gobierno y sociedad*, México, FCE, 1991. - Jürgen Habermas, *Facticidad y validez,* Madrid, Trotta, 1998. - Noam Chomsky e I. Ramonet, *Cómo nos venden la moto*, Barcelona, Icaria, 1995. - Max Weber, *El político y el científico*, Madrid, Alianza, 1985. - J. K. Galbraith, *La anatomía del poder*, Barcelona, Plaza y Janés, 1984.

2. Teoría tradicional

En la primera edición de la *Enciclopedia de bioética*, editada por Warren Reich (1978), se define a la bioética como "*el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales*". En su segunda edición (1995), esa definición se modifica al decir: "*Bioética es un término compuesto derivado de las palabras griegas* bios *(vida) y* ethike *(ética). Puede ser definido como el estudio sistemático de las dimensiones morales –incluyendo visiones, decisiones, conductas y políticas morales– de las ciencias de la vida y la atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario. Las dimensiones morales que se examinan en bioética están evolucionando constantemente, pero tienden a focalizarse en algunas cuestiones mayores: ¿Qué es o debe ser la visión moral de uno (o de la sociedad)? ¿Qué clase de persona debería ser uno o qué clase de sociedad deberíamos ser? ¿Qué debe hacerse en situaciones específicas? ¿Cómo nos encontramos para vivir armoniosamente?*". Reich, rescatando las propuestas de países del Tercer

Mundo para prestar atención en bioética a la ética de la pobreza, a la pérdida de recursos para las generaciones futuras, y al desarrollo de medidas efectivas de salud pública, dice entonces que hay buenas razones para ir más allá de la ética biomédica y abrazar las cuestiones morales relacionadas con la ciencia y la salud en las áreas de la salud pública, la salud ambiental, la ética poblacional y el cuidado de los animales. En ese mismo señalamiento, sin embargo, ponía de manifiesto la gran distancia producida entre la bioética desarrollada en los países ricos y las preocupaciones bioéticas de los países pobres. Y de ello podía desprenderse la necesidad de pensar la bioética según el *ethos* de cada región del mundo. No obstante, la posibilidad de desarrollar la construcción crítica de una bioética regional ha de comenzar por revisar la teoría tradicional disponible.

Ética filosófica y bioética. El *ethos* o conjunto de creencias, actitudes y conductas morales de un individuo o comunidad; es decir, la facticidad normativa, siempre remite a ciertas concepciones sobre la moral. Estas ideas morales pueden darse por supuestas, como en la ética deontológica o en las diversas éticas religiosas, en tanto estas reclaman la aceptación de códigos preexistentes. Pero cuando se intenta encontrar fundamentos racionales de esas ideas morales, más allá de los hechos, la tradición o la fe, nos encontramos ante la necesidad de una *justificación filosófica*, aunque el apoyo de ella pueda estar en la teología. En este último sentido, ese es el abordaje de San Agustín o Santo Tomás en el cristianismo. En la historia de la ética filosófica, asimismo, se han postulado diversas concepciones que siguen siendo relevantes al analizar críticamente el campo actual de la bioética. Es de interés precisar si sus postulados son aceptables o si presentan puntos débiles en su formulación (v. *Valores éticos*; *Fenomenología; Éticas descriptivas y prescriptivas; Deontologismo y obligación; Justificación por principios; Teorías, principios y reglas*). i) El *eudemonismo,* denominación de las tendencias éticas que sostienen como bien supremo a la felicidad, ha sido atribuido a posiciones tan distintas como el hedonismo de los epicúreos y de Bentham, y hasta de Spinoza y Hobbes, por un lado; y a las éticas aristotélica, del estoicismo y de San Agustín y Santo Tomás, por otro. En lugar del placer, el goce o la satisfacción, estas éticas han puesto a la excelencia intelectual, moral o de la comunión con Dios, como mayor bien. Kant ha sido el mayor crítico de una ética de bienes y fines o ética material a la que correspondería el eudemonismo, ante la cual contrapone su ética formal que sostiene que el bien o la acción moral si bien pueden coincidir con la felicidad como proponen los eudemonistas, no *necesariamente* deba hacerlo. La acción moral o la virtud tienen para Kant un valor en sí mismas independientemente de la felicidad que procuren. La *ética de la felicidad*, para ser aceptable, debería incluir en su consideración la felicidad de otros. ii) El *epicureísmo* y otras corrientes han postulado por su lado una *ética del deseo.* Desde Aristóteles se considera que el deseo, aun siendo por naturaleza irracional –y, por tanto, podría decirse inmoral–, puede llegar a ser un deseo deliberado que dé lugar a una preferencia o elección (v.) racional éticamente justificable o no. Igual distinción e importancia moral aparece en los autores latinos, primeros en emplear el término *libido* para referirse al deseo. Así, Cicerón lo entiende como una pasión fundamental orientada a bienes futuros. Este mismo sentido con respecto al futuro y ambivalencia acerca de la bondad o la maldad del deseo según el objeto hacia el cual se dirija, aparece también en Santo Tomás, Descartes, Spinoza y Locke; aunque será Freud quien haga de la libido un concepto central de toda su teoría y establezca los fundamentos actuales de una ética del deseo. El *egoísmo ético*, visto como ética del deseo sustentada en un egoísmo psicológico, ha sido criticado tanto por su contradicción ante el supuesto de universalización de la máxima egoísta, como por las razones a favor del altruismo de la naturaleza humana. A la ética del deseo, para ser aceptable, se le ha exigido que someta a deliberación la congruencia entre deseos. iii) La *ética autonomista* tiene sus mayores exponentes en Hume, Kant y Fichte. El fin de una conducta será objetivo y, por tanto, querido por todo ser racional como un imperativo categórico si es un valor absoluto e incondicionado: el hombre visto como fin en sí mismo y nunca como medio cumple ese requisito. La autofinalidad del hombre se asegura con la libertad como voluntad limitada solo por las garantías a la libertad misma. La arbitrariedad, opuesta a la libertad del sujeto moral, supone excluir los fines de otro sujeto y negar la cooperación entre los actores de una comunidad. iv) Hay quienes han sostenido una *ética objetiva.* Según estas teorías, algunas cosas son buenas o malas para nosotros independientemente de que las queramos o no. Entre las cosas buenas pueden estar el desarrollo de la inteligencia o algunas habilidades, y entre las malas, la pérdida de la dignidad o de la libertad, etc. Por su parte, el *objetivismo naturalista* entiende que los juicios éticos se desprenden de los hechos empíricos y, por tanto, que el *es* da lugar al *debe*. La ética de una lista “objetiva” podría aceptarse en tanto esa presunta objetividad pudiera ser universalizable sin que fuera rebatida. v) Se ha postulado también una *ética del sentido común.* Al hablar de *sentido común* se ha comenzado por diferenciar su

significado en Aristóteles, como función unificante de varias experiencias sensibles por un individuo, del de la filosofía escolástica como captación por varios individuos de una misma verdad. Este último, que conduce a la idea de *acuerdo comunitario*, fue desarrollado por la escuela escocesa del *common sense* y, más recientemente, por G. E. Moore, con sus criterios de aceptación universal y obligatoria e inconsistencia en la negación de las creencias comunes. La ética del sentido común supone que la suma aritmética de voluntades da un resultado moral aceptable. Sin embargo, nadie puede afirmar que la suma de opiniones tomadas por separado dará en su conjunto una tendencia media. Además, el sentido común puede llegar a ser totalmente erróneo en alguna afirmación sin que por ello nuestra razón deba aceptarlo como legítimo. Todas estas concepciones filosóficas tradicionales de la ética emergen como parte de cualquier intento de fundamentación de la bioética y por ello han de ser debidamente consideradas.

Concepciones de la bioética. En bioética, las concepciones inicialmente más difundidas han sido la bioética de principios, la bioética casuística y las bioéticas procedimentales, aunque se ha destacado la primera (v. *Justificación por principios*; *Teorías, principios y reglas*). La *bioética de los principios éticos* de tipo deductivista, modelo dominante de la bioética angloamericana, considera que la justificación de los juicios morales se hace en modo descendente a partir de principios y teorías éticas desde los cuales se deducen esos juicios. A partir de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, y de las teorías deontológicas, utilitaristas y de la virtud, resultaría posible establecer juicios morales sobre casos concretos, sean estos del principio, el curso o el final de la vida. El mayor ejemplo de ese modelo y el de mayor difusión académica internacional ha sido la versión inicial de la bioética de principios acuñada por Beauchamp y Childress en 1979. Este modelo propone cuatro niveles para la justificación moral, según los cuales los juicios acerca de lo que debe hacerse en una situación particular son justificados por reglas morales, que a su vez se fundan en principios y, por último, en teorías éticas. Hay un "ascenso" progresivo de la razón en búsqueda de niveles de justificación, lo cual significa, de hecho, que en última instancia son las teorías las que dejan "descender" sus fundamentos sobre las acciones. Beauchamp y Childress ubican el núcleo de la justificación moral en el nivel intermedio de los principios, desde los cuales postulan "derivar" como aplicación, por ejemplo, los derechos humanos clásicos. Se hace una distinción –tomada de David Ross en *The Right and the Good*– entre deberes *prima facie* y deberes efectivos o prioritarios. Los principios de la bioética se corresponderían con los primeros. Una segunda distinción es entre *derecho legal* y *derecho moral:* los primeros son "reales", mientras los últimos son "ideales". La *bioética casuística* de tipo inductivista considera en cambio que la justificación de los juicios morales es de tipo ascendente, a partir de la experiencia con casos particulares en sus contextos correspondientes y de la moral tradicional y sus juicios, que llevan al reconocimiento de principios generales y teorías éticas. La *ética clínica* de tipo casuístico, al modo de Jonsen y Toulmin (1988), es el mayor ejemplo de este modelo en el que en lugar de hablar de principios se hablará de indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y aspectos contextuales. Esta bioética ubica su núcleo en el nivel más bajo de los casos concretos y ha postulado desprenderse de la *tiranía de los principios*. Por último, las concepciones intermedias entre esos dos modelos suelen seguir variantes de una *bioética procedimental*, en las que la justificación de los juicios morales se logra asegurando que el procedimiento de razonamiento moral cumpla con todas las exigencias para hacer del mismo un proceso correcto. El desarrollo de pautas para guiar la reflexión moral, la promoción de comités y comisiones de bioética que aseguren un razonamiento moral adecuado, y el establecimiento de normativas jurídicas, políticas y administrativas, entre otras, son el mayor ejemplo de este modelo. Esta bioética se ubica en el nivel de las reglas y sus procedimientos. Desde el punto de vista regional esta concepción destaca más en la bioética europea continental que ha privilegiado el trabajo de las comisiones nacionales de bioética a partir del Comité Consultivo Nacional de Ética, creado en Francia en 1984, y también las tareas normativas en bioética de los organismos europeos que tienen su mayor ejemplo en la *Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina* del Consejo de Europa, acordada en Oviedo en 1997 y llamada también *Convención Europea de Bioética*.

Teoría tradicional en bioética y ética de los valores. La teoría ética tradicional a la que se ha recurrido en bioética, en particular en la bioética angloamericana de la justificación por principios, ha dejado de lado la ética de los valores que en su versión material fue desarrollada por Max Scheler (1916), Nicolai Hartmann (1926) y Dietrich von Hildebrand (1953). La consideración en algunos casos metanormativa de los valores que han hecho algunos autores de habla inglesa, como Richard Hare (1952), Charles Stevenson (1963) o Charles Taylor (1977), entre muchos otros, tampoco ha sido recogida en los intentos de fundamentación de la bioética aunque muy frecuentemente se utilice el término *valores* en diversas publicaciones. Sin embargo, para una reflexión sobre el *ethos* regional,

no puede obviarse la debida consideración de los valores culturales (v.) y los valores éticos (v.). Los valores son cualidades que captamos por las emociones (v. *Emociones morales y acción*) y distinguimos de sus opuestos (los disvalores), le damos preferencia o jerarquía en una tabla (p. ej. la vida y la salud como valores de alta jerarquía), y al apreciarlos nos impulsan a hacerlos realidad en el mundo por nuestras acciones o conducta. Este paso de la captación de los valores a la acción requiere los deberes o normas éticas en tanto enunciados que nos dicen cuál debe ser nuestra conducta en relación con los valores (v. *Teorías, principios y reglas*). Finalmente, las virtudes son la disposición y el hábito de obrar bien haciendo que nuestra acción realice los valores y respete los deberes (v. *Virtudes y conducta*). Esa dinámica que los valores otorgan a una teoría completa en bioética no puede dejar de considerarse en las discusiones críticas de la misma.

[J. C. T.]

Valores éticos

Juliana González Valenzuela (México) -
Universidad Nacional Autónoma de México

El ser y el valor. A pesar de que en la antigüedad grecolatina existen los términos *axios* en griego y *valere* en latín, de *valor* y *valores* no se habla propiamente hasta los siglos XVIII y XIX. Ello se debe sobre todo a que se consideraba que *ser* y *valer* eran lo mismo, que el valor de algo (o sea, aquella propiedad o cualidad que lo hace estimable, merecedor, apreciable) es intrínseca y equivalente a su ser mismo, inseparable de su realidad. Vale en lo que es, y es en lo que vale. *Bien*, *belleza*, *justicia*, *santidad* se asimilan a las *virtudes* (Sócrates o Aristóteles) o al *verdadero ser* (*Ideas* o *esencias* en Platón). La filosofía medieval habla de *los trascendentales del ser*: *uno*, *bueno*, *verdadero*, inseparables entre sí.

El carácter subjetivo del valor. Hablar de valores implica así separar las cualidades valiosas que poseen los seres y verlas en sí mismas, con independencia de ellos. Y esto ocurre primeramente *en economía*, cuando se reconoce que el valor económico propiamente dicho (valor de cambio) no depende de las propiedades o cualidades de las cosas sino del *tiempo de trabajo* que ellas se llevan en su fabricación (Smith), o sea, de la significación social, humana, que ellas adquieren. Y algo similar ocurre, aunque por razones diferentes, en el ámbito filosófico de los valores en general y los valores éticos en particular. Se produce un giro completo hacia el hombre como sujeto del valor, de modo que los valores, por así decirlo, son desgajados de los objetos, de las cosas reales (surgen como valores ya no asimilados a los seres) y reconocidos como creaciones humanas. Los valores son concebidos entonces como productos del deseo y la pasión (Hume), de la voluntad de poder (Nietzsche), de la libertad subjetiva, incondicionada y gratuita (Sartre). Su origen es subjetivo y no objetivo. Ya Hume, en efecto, había establecido que del ser no cabe derivar el deber ser (y por ende el valor), que no hay paso del hecho al derecho (“guillotina”). Lo que se estima valioso es creación del sentimiento, no conocimiento racional.

Teorías objetivas del valor. En oposición al psicologismo y subjetivismo del valor surge, a partir de la fenomenología de Husserl, la *teoría de los valores* (Hartmann y Scheler). Ella busca fundamentarlos objetivamente, pero no ya a la manera de la tradición metafísica, sino a partir del reconocimiento de otra clase de *objetos ideales*, que no son físicos ni metafísicos ni psicológicos ni matemáticos o formales: objetos axiológicos, que tienen una “existencia” objetiva independiente, pero que encarnan en “bienes” históricos concretos. “Los valores no *son* sino que *valen*” y los sujetos no hacen más que aproximarse, más o menos, a la realización de los valores: eternos en ellos mismos y universales. La teoría de los valores resulta, sin embargo, cuestionable en tanto que resurgimiento de las ideas platónicas, con todas las dificultades que esto conlleva. De ahí que se encamine en otras direcciones la búsqueda de la objetividad del valor en general y del valor ético en especial (Moore). Asimismo, se destaca el hecho de que los valores surgen, en realidad, de la comunicación *inter-subjetiva*, de modo que van más allá del mero sujeto, pues se constituyen como acuerdos comunitarios, de validez general, si no es que universal (Habermas). La objetividad se recobra por el lado del sujeto en tanto que este remite a la trans-subjetividad. Más aún, cabe admitir que el deseo sea origen del valor, si se toma en cuenta que el ámbito de los deseos, las necesidades, los intereses humanos, no es solo la dimensión subjetivista, personalista y banal, sino que tiene un trasfondo profundo donde lo que se expresa son deseos, necesidades, intereses *comunes*, fundamentales y universales. Son estos la fuente originaria de la valoración y de la postulación de valores. En este sentido, cabe afirmar –contra toda guillotina o falacia– que *el valor y el deber ser surgen del ser* (ser humano) porque a este le falta ser, lleva en sí el no-ser de la potencialidad y la posibilidad, o sea, de *la libertad.* Los valores y los deberes apuntan a

llenar este vacío. “*Valor es pues lo que aliviaría una privación, aplacaría la tensión del deseo [...]. Valor es lo que nos falta en cada caso*” (Villoro, 1996).

El valor como encuentro de sujeto y objeto. La vía más fértil, sin embargo, para la comprensión de los valores lleva a admitir que los valores pueden derivar también de atributos o propiedades de la realidad misma, aunque solo sean “percibidos” o “revelados” en un “despertar” humano, en una disposición o actitud especial de apertura del sujeto hacia el reino del valor (Ricoeur): apertura de su sensibilidad, de su conciencia, de su propio deseo e inclinación. El valor surge, en este otro sentido, del *encuentro* esencial que se produce entre el hombre y la realidad: viene de dentro y de fuera, del sujeto y el objeto a la vez. Solo así aparece la belleza, la justicia, la religiosidad, la bondad misma. Y es que el sujeto humano tampoco es ajeno a la realidad y esta, extraña a su propio ser. No hay abismo ontológico entre el hombre y la naturaleza universal. Vida y muerte, placer y dolor, luz y oscuridad, unión y separación, son hechos objetivos, siempre valorados por el hombre y fuente de su valoración. Los valores se nutren en los contrastes fácticos y en las propiedades reales y posibles de la realidad.

Historia y tabla de valores. Los valores son históricos. Esto significa que cambian en el tiempo humano, pero a la vez perviven: “permanecen, cambiando” (Heráclito, Hegel). Los valores se van generando y a la vez transmitiendo de generación en generación: constituyen una herencia fundamental de *caracteres adquiridos*. Cada época recibe el legado axiológico, pero este solo pervive si es asumido y renovado. Cada época dice *sí* o *no* a los valores heredados y aporta hacia el futuro su propia creación. Y así van consolidándose una tradición, una cultura axiológica, una tabla de valores siempre “objetiva” (social) y que, a la vez, siempre requiere de los sujetos concretos para valer y para llevarse a la realidad. Y puede decirse que la tabla de valores de nuestro tiempo y nuestra cultura son los Derechos Humanos; “universales” para la tradición moral occidental (eurocéntrica), pero al mismo tiempo “universalizables”; abiertos a otras culturas, tanto como a la pluralidad interna de naciones que los han adoptado, y abiertos a su propio perfectible devenir. Históricos, en suma.

Valores éticos de la vida. Todo esto compete, es cierto, a los valores en general, pero también, y de modo eminente, a *los valores éticos en particular:* bien o bondad, libertad, dignidad, autonomía, sabiduría, prudencia, rectitud, honestidad, integridad, autenticidad, lealtad, respeto, justicia, solidaridad, amor, amistad, generosidad, fidelidad, tolerancia, valentía, autodominio, vida, placer, felicidad, bienestar, salud, etcétera... Se trata de aquellos valores que tienen de específico el hecho de que corresponden al hombre mismo (sujeto y objeto del valor), a sus actos, sus acciones, su carácter o modo de ser y comportarse (*ethos*). Los valores éticos competen al hombre como *persona,* como individuo, como sujeto moral, comprendido en su unicidad e interioridad, en su íntima conciencia y voluntad, en su libre albedrío y responsabilidad. Tienen de específico el hecho de que son valores radicalmente *personales* a la vez que se definen por su *universalidad*. Pero también es definitorio de los valores éticos el que ellos se dirijan, en efecto, al bien de la persona, del sujeto, a su literal humanización, y son por ello inseparables de la autoestima, y que al mismo tiempo sean los valores que definen la bondad de las *relaciones del yo con los otros*, de la vinculación interpersonal y de la persona moral con la comunidad humana. Los valores éticos llevan el altruismo en su propio centro. La ética del presente se empeña justamente en mostrar cómo el *sí mismo* implica *el otro* (Ricoeur, Lévinas), cómo, en suma, los valores de la libertad son inseparables de los de la justicia (y a la inversa). Esto, además de que la ética hoy tiene que ampliar sus propios horizontes incorporando, por un lado, su responsabilidad hacia las generaciones futuras y, por el otro, hacia los seres vivos no humanos y hacia la biosfera en general. Y, en particular en nuestro tiempo, cobran singular importancia los *valores éticos de la vida*, decisivos para la bioética. Valores que tienen un sustrato objetivo pero que, a la vez, han de ser objeto de una verdadera experiencia valorativa, de una toma de conciencia radical que permita percibir a fondo y apreciar éticamente los valores de la salud, de la justicia en la distribución de sus bienes, de la autonomía, integridad y dignidad de la personas, de la significación cualitativa de la vida humana. Percibir a fondo y apreciar ética y racionalmente los valores reales de los bienes científicos y tecnológicos que ofrecen las actuales ciencias y tecnologías de la vida. Los seres humanos del presente tienen ante sí el doble desafío ético y bioético de mantener vivo el patrimonio axiológico que se considere digno de pervivir y de dar vida a su propia tabla de valores.

Referencias

Risieri Frondizi, *¿Qué son los valores*?, México, FCE, 1982. - Juliana González, *El* ethos*, destino del hombre*, México, FCE-UNAM, 1996. - David Hume, *Tratado de la naturaleza humana*, Madrid, Tecnos, 1988. - G. E. Moore, *Principia Ethica,* México, UNAM, 1983. - Max Scheler, *Ética*, Madrid, Caparrós Edits., 2001. - Paul Ricoeur, *Sí mismo como otro,* México, Siglo XXI, 1996. - Luis Villoro, *El poder y el valor,* México, FCE, El Colegio Nacional, 1997.

Fenomenología

Julia V. Iribarne (Argentina) - *Academia Nacional de Ciencias*

La fundación de la fenomenología por Husserl. La *fenomenología* es una filosofía que, a partir de la creación y aplicación de su método, fue configurándose a lo largo de la vida de su fundador, Edmund Husserl, como una *filosofía primera*, la fenomenología propiamente dicha y, a partir de ella, como *filosofía segunda*, ocupada de temas metafísico-teológicos y ético-antropológicos. Edmund Husserl (1859-1938) nació en Prossnitz (Mähren). Hijo de Julie Selinger y Abraham Adolf Husserl, miembros de familias judías que habitaban esa ciudad que, desde la Revolución de marzo de 1848, había otorgado a los judíos los mismos derechos de ciudadanía que al resto de la comunidad: irónico destino para Edmund Husserl, quien en la última década de su vida, la de la naciente Alemania nazi, había de ser discriminado e impedido de enseñar y publicar. El punto de partida de la vida intelectual de Husserl se halla en las ciencias exactas; poco a poco irán abriéndose para él las cuestiones filosóficas. En 1887 se imprime su obra *Sobre el concepto de número,* en 1891, *Filosofía de la aritmética.* Sus *Investigaciones lógicas* de 1900-1901 marcan, si no todavía el nacimiento de la fenomenología, su paso franco a la más amplia problemática filosófica. En los años 1887-1901 es Docente Privado en la Universidad de Halle; en los años 1901-1916 es Profesor Ordinario en Universidad de Gotinga y en los años 1916-1928 es Profesor Ordinario en Friburgo; en 1928 es nombrado Profesor Emérito; su meditación filosófica escrita continúa hasta un año antes de su muerte. So pena de malinterpretarla, un verdadero intento de aproximación a la fenomenología debe apuntar a una visión del conjunto de la obra de Husserl. Su férrea vocación filosófica lo llevó a pensar-escribir permanentemente. En los últimos años de su vida temió por el destino de su obra; era consciente de que lo más importante de su pensamiento –así lo afirmó– estaba en sus manuscritos: cuarenta mil páginas de escritura taquigráfica, además de diez mil páginas de escritura a mano o a máquina, transcriptos por sus asistentes: Edith Stein, Ludwig Landgrebe, Eugen Fink. Le preocupaba que a su muerte el nazismo, que hasta ese momento había respetado su vida, terminara con su obra. Pocos meses después de la muerte de Husserl el padre franciscano Herman Leo van Breda, quien intentaba escribir su tesis de doctorado sobre temas que se hallaban en los manuscritos, logró tras largas negociaciones diplomáticas rescatarlos: ese fue el origen de los *Archivos Husserl*, que comenzaron por instalarse en Lovaina y hoy se han extendido a Colonia, Friburgo, París, Nueva York, entre otros. Con el paso del tiempo la mayor parte del contenido de los manuscritos ha sido editada en la serie *Husserliana*, lo que hace posible que en la actualidad, dentro de ciertos límites, podamos ver el pensamiento de Husserl como una totalidad no sistemática.

La publicación de las obras de Husserl y la interpretación de la fenomenología. Durante su vida, con la ayuda de sus asistentes, que eran quienes preparaban los materiales para su edición, se publicaron solo algunas obras: las ya citadas *Investigaciones lógicas;* en 1910, "La filosofía como ciencia estricta", artículo que publicó la revista *Logos;* en 1913 se edita el primer volumen de *Ideas para una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica;* en 1924 la revista japonesa *Kaizo* publica dos artículos bajo el rubro general "Renovación"; en 1927-1928 trabajó con Heidegger en el artículo para la *Encyclopaedia Británica;* en 1928 se editan, al cuidado de Heidegger, las *Lecciones de fenomenología de la conciencia inmanente del tiempo;* en 1929, al cuidado de L. Landgrebe, se publica *Lógica formal y lógica trascendental.* Recién en los años cincuenta comienzan a publicarse en la *Husserliana* los manuscritos que hasta ese momento habían permanecido inéditos. Esta indicación es necesaria para comprender por qué durante tanto tiempo, por no disponer de un panorama integral del pensamiento de Husserl, se ha malinterpretado la fenomenología. Las obras editadas durante su vida conciernen prioritariamente a una preocupación por las condiciones de posibilidad del conocimiento. Ante todo, se trata de tomar en consideración la cuestión del método. Con la aparición de *Ideas I* se pone de manifiesto el paso de la *actitud natural* a la *actitud fenomenológica*. La primera es propia de nuestra vida cotidiana en la que damos por descontada la existencia de las cosas en el mundo y emitimos opiniones (*doxa)* a su respecto. La segunda abre el ámbito de la conciencia a partir de la reducción fenomenológica.

Método fenomenológico, conciencia e intencionalidad. La fenomenología comienza con un enfoque estático; el primer momento metódico es el de la *reducción eidética* en busca de la esencia del objeto: es un procedimiento de variación imaginaria de notas: cuando al suprimir cierta característica perdemos el objeto, es que hemos alcanzado con esta última el rasgo esencial, el *eidos,* la esencia. El segundo momento del método es la *reducción fenomenológica*; el fenomenólogo abandona la actitud natural, pone "entre paréntesis", "reduce", entre otros temas, la afirmación de la existencia, y haciendo uso de su capacidad de *re-flexión*, esto es, de volverse sobre sí mismo, dirige la "mirada" a su conciencia (trascendental, no psicológica) y a las operaciones que (en la actitud natural) producen

la *doxa*. No se niega que haya un sentido en lo que opinamos, en lo que nombramos, pero se trata de un sentido "constituido" por la conciencia que es necesario justificar y que solo se hace manifiesto con la aplicación de la reducción fenomenológica. Husserl toma el objeto como *hilo conductor* y descubre en la actividad de la conciencia un elemento *material*, la impresión o *hyle* y un elemento formal configurador al que denomina *nóesis* y que abarca todas las operaciones que dan forma a la impresión; de esa articulación surge el *nóema*, cuyo sentido coincide con el objeto que se tomó como punto de partida. El rasgo característico de la conciencia es la *intencionalidad*, su estar siempre dirigida hacia afuera, su ser *conciencia de*. J. P. Sartre celebró esta nueva visión de la conciencia que dejaba de presentarla como un recipiente en el que hubiera *cosas* y sostuvo que no hay ninguna imagen adecuada para la intencionalidad; en todo caso la más acertada sería la de una sucesión de estallidos. Tal como se muestra en *Lecciones de fenomenología de la conciencia inmanente del tiempo,* la conciencia es un fluir de vivencias que no se detiene. Cada vivencia, como momento *presente*, pasa e inmediatamente se convierte en *retención*; con la misma inmediatez lo que hasta ese *instante* era *protención*, o sea, el momento por-venir, se hace presente y lo que era retención pasa a ser *retención de retención*, y así continúa la sucesión de vivencias, *retención de retención de retención*, debilitándose siempre más hasta caer en el olvido.

Fenomenología e intersubjetividad. Mientras el interés de Husserl se mantiene en este ámbito, hay derecho a comprender la fenomenología como una *egología*, una teoría del ego similar al cartesiano "pienso luego existo". Tal posición suele ser acusada de *solipsismo* y la fenomenología no se libró de esa crítica. Sin embargo, Husserl mismo desde el año 1905 se da cuenta de que el ego solo puede ser metódicamente aislado, pero que el yo es desde sus orígenes intersubjetivo. En vida del filósofo no se conocieron en Alemania las cinco conferencias que había dictado en París en 1929. Durante su vida nunca quiso que se editaran en Alemania porque aunque reescribió el texto no quedó satisfecho, en particular por lo que concierne a la "Quinta Meditación", en la que trata el tema de la intersubjetividad. Sabía que en ese texto solo ofrecía un resumen de lo que él había meditado y había de seguir meditando durante treinta años, y que como resumen era deficiente. Tuvo razón: en 1950 se editaron en alemán las *Meditaciones cartesianas*, que fueron criticadas por filósofos eminentes: el texto parecía no resolver la cuestión de la intersubjetividad. Todas esas críticas son anteriores al año 1973, cuando, a cargo de Iso Kern, se publican en la *Husserliana* tres volúmenes sobre el tema *intersubjetividad* y que aportan material suficiente como para afirmar que hay en Husserl una teoría coherente de la intersubjetividad. Para exhibir los rasgos de la teoría husserliana de la intersubjetividad conviene recordar que en la década de los años veinte Husserl amplió el campo de su investigación con el *enfoque genético*. Eso trajo consigo el abandono del camino cartesiano que aseguraba la evidencia de lo que en el instante presente la conciencia tiene frente a sí. La pregunta por la génesis exhibía la temporalización y mostraba el carácter histórico del desarrollo de la conciencia. Husserl repite en su obra con expresiones idénticas o equivalentes: "Llevo a los Otros en mí". Cada ego concreto es denominado por Husserl *mónada*, término predilecto de Leibniz cuando acuñó la frase "las mónadas no tienen ventanas". La experiencia del *otro* revelada por Husserl prueba lo contrario, "las mónadas tienen ventanas" y estas se hacen manifiestas con diversos rasgos, según sea el nivel en que se enfoque la experiencia denominada por Husserl *impatía*. La justificación de la experiencia impática se hace, a partir del enfoque estático, en el ámbito de la experiencia del ego y el alter ego trascendental, y a partir del enfoque genético, en el ámbito del yo y el otro mundanos.

Fenomenología trascendental, cuerpo vivido y experiencia del otro. La pregunta retrospectiva conduce a Husserl a los primeros momentos de la vida intrauterina en los que es posible afirmar que el protoyó inicia su camino de experiencias aunque esas experiencias queden para siempre fuera del alcance del yo reflexivo. Este orden de desvelamientos aleja a Husserl de la evidencia del ego respecto de sí mismo, pues la temporalidad reconduce a momentos de experiencia propios pero irrecuperables. También se interesa por lo que denomina *la primera impatía*, esto es, la relación de la madre con el infante. Estas investigaciones no abandonan el ámbito fenomenológico, de modo que no son enfocadas desde el punto de vista de la biología, por ejemplo. Se trata siempre de experiencias de la conciencia en el ámbito trascendental. *Trascendental* es un concepto medular, pues la fenomenología de Husserl es siempre *fenomenología trascendental*; con esa denominación se alude al campo de operaciones constitutivas de la conciencia, las que se hacen manifiestas una vez aplicadas las reducciones pertinentes. Lo trascendental es otra denominación de la razón, si bien es necesario tener presente que la razón husserliana no es separable de la afectividad y de la voluntad. Conducido por el enfoque genético, Husserl hace referencia a *mi nacimiento trascendental*, vale decir, al momento del surgimiento en cada caso de la capacidad de otorgar sentido, de constituir objetos. Para Husserl el cuerpo vivido participa en estos procesos como condición trascendental de posibilidad. Con la investigación de

la experiencia del otro en el nivel de lo social, esa experiencia se hace manifiesta como acto de comunicación, acto social por excelencia, en el que comunicamos algo a alguien con intención de que reciba nuestra comunicación y dé una respuesta: soy *con-el-otro*, *para-el-otro*, *en-el-otro*, y lo que más sorprende a Husserl, *según-el-otro*, con lo que se alude a la capacidad de cada uno de renunciar al propio proyecto a favor del otro. Este ámbito abre una temática amplia que incluye el tema del amor, la comunidad, las instituciones y, en última instancia, temas de ética.

La concepción fenomenológica de la ética. La ética ha sido, desde los primeros años de ejercicio de la enseñanza por Husserl, un tema recurrente. En la actualidad ya se han publicado dos volúmenes de sus lecciones de ética, que abarcan desde 1908 hasta 1924. En manuscritos todavía inéditos, de años más tardíos, aparecen temas importantes para su concepción de la ética. Ninguno de ellos trae una presentación sistemática, sino que de la lectura de todo ese material se extraen temas importantes para esa concepción: en principio ella resulta de la confluencia de dos vertientes. Por una parte, se trata de una ética de la obligación de optar siempre por lo mejor posible. Por otra, se trata de la ética del amor. Husserl afirma la presencia de *un alma germinal* en cada ser humano y ella nos conmina a apoyar su desarrollo. Con esta temática hemos ingresado al ámbito de la Filosofía Segunda de Husserl, la de las cuestiones ético-teológicas. En el proceso de su meditación Husserl desvela un tema presente en todo el ámbito de su filosofía, sea Primera como Segunda. Se trata de la *teleología*. Su entrega a la pregunta retrospectiva lo conduce desde la percepción del objeto, signada por su carácter provisorio y su reiterada intención de confirmación y de completamiento de la experiencia, hasta el ámbito de lo instintivo en el que reconoce una intencionalidad dirigida a la satisfacción del impulso. Tanto en una como en otra experiencia, tanto en la busca de plenificación de lo percibido como en la de satisfacción del instinto, la intención está orientada hacia el *telos*, lo pleno que todavía no es. Ese *telos* tiene diversas formas, según los diversos niveles de experiencia, desde el del cumplimiento del impulso hasta la orientación de la acción por los ideales más altos en el ámbito de lo social y lo ético, pasando por el completamiento de la percepción. Para Husserl la idea suprema, rectora, es la del "todo de las mónadas"; se trata un ideal y como tal de imposible realización total; ese ideal orienta hacia una articulación de las comunidades humanas en una unidad que preserve las diferencias (el *nosotros* solo se configura con el que es diferente de mí). Hay dos conceptos que Husserl nombra aunque no desarrolla, como instrumentos de realización del ideal: la educación y la ética de la política. Una concepción férreamente teleológica como la de Husserl no podía dejar de culminar en el tema de la divinidad. Sus textos han merecido por lo menos dos interpretaciones. Por una parte, James Hart sostiene que la divinidad es inmanente a la aspiración y el trabajo humano a favor de lo superior, de lo mejor; por otra, Stephan Strasser sostiene que es indudable que los textos teológicos de Husserl conducen al Dios de los cristianos. Desde nuestro punto de vista, la filosofía de Husserl en lugar de concluir con la cuestión de Dios queda abierta con la pregunta. Al final de su vida, cuando fue interrogado acerca de qué era lo que, en última instancia, podía afirmarse con seguridad de la vida, respondió que la clave estaba en la *creencia* (creencia en el sentido de la vida) y que si se dejaba de lado la creencia todo estaba perdido. Nos hemos restringido en esta presentación de la fenomenología a la de su fundador, Edmund Husserl, pues ella no es una escuela sino un movimiento. Sus notables continuadores: M. Heidegger, K. Jaspers, M. Merleau Ponty, J. P. Sartre, P. Ricoeur, J. Patocka, E. Lévinas, entre muchos otros, tomaron ciertos lineamientos originarios y desarrollaron su propia visión fenomenológica.

Referencias

Julia Iribarne, *La intersubjetividad en Husserl,* Buenos Aires, Ed. Carlos Lohlé, 1988. - Julia Iribarne, *Edmund Husserl. La fenomenología como monadología,* Buenos Aires, Academia Nacional de Ciencias, 2002.

Virtudes y conducta

Cristina Solange Donda (Argentina) -
Universidad Nacional de Córdoba

Virtud y conducta. La respuesta a la pregunta sobre qué modo de vida es deseable para los hombres en una sociedad determinada, probablemente no pueda prescindir de alguna idea de virtud. La idea de *virtud* está indisolublemente unida a los planteos normativos de la ética clásica, en particular, la aristotélica, y directamente relacionada con ideales morales producto de contextos históricos-culturales y formas de vida legitimadas por una tradición en la que la identidad de los sujetos se forja de acuerdo con aquellas virtudes cuya función y sentido tienen sus orígenes en las prácticas sociales que las reclaman. La recepción contemporánea de la ética de la virtud presenta, en general, las siguientes características: i) La interpretación comunitarista, que toma de la ética clásica la concepción de *virtud* como disposición activa y proceso de aprendizaje. A su vez, la práctica de la virtud extrae su norma de la generalización de la conducta ejemplar del hombre prudente que

conoce y ejercita los valores consagrados por la tradición en la que su subjetividad se ha modelado. Los fines y los bienes pueden comprenderse dentro de los límites de las costumbres y usos compartidos, esto es, de la comunidad a la que alguien pertenece como miembro activo. ii) La interpretación que defiende una mirada descentrada que supere el punto de vista particularista para ubicarse desde la perspectiva imparcial de lo que todos podrían querer y que enfatiza epistemológica, ética y políticamente la tensión entre particularismo y universalismo. iii) La interpretación que se esfuerza por articular la perspectiva de las éticas de la virtud con la de las del deber, y que intenta superar la tensión entre particularismo y universalismo (Thiebaut, 1998; 1992).

Las éticas de la virtud. Promueven ideales de vida buena y felicidad, ideales que suponen conductas virtuosas generalmente fundadas en la ética griega en general y, en especial, a partir de las diferentes formas de recepción comunitarista, de la ética aristotélica; concepciones caracterizadas como *éticas de la virtud, morales de la virtud*, de los hábitos y las disposiciones del carácter. Así, la ética de la virtud exige un agente moral que ejercite virtudes del carácter (Aristóteles, 1959; Libros III, IV y V), como la templanza y el dominio de sí, la moderación, la magnanimidad, la liberalidad, la valentía y la justicia, que implican siempre el consentimiento a una forma de existencia buena y bella que es simultáneamente virtud cívica, porque se realiza en la relación de pertenencia a una comunidad. En las formas morales de la vida, en la antigüedad clásica, el elemento fuerte es el modo en que el sujeto se relaciona consigo mismo y no tanto el código moral a través del cual, de un modo cuasi jurídico, el sujeto se relaciona con una ley o un conjunto de leyes, con un creciente grado de universalización y a las que debería someterse. En unas, el elemento fuerte está en la *actitud* hacia la ley; en las otras, en el contenido de la ley y en sus procedimientos o condiciones de aplicación. De este modo, el *sujeto moral* de molde aristotélico se realiza en la medida en que la concreción del bien comunitario cumple con la teleología inherente a la naturaleza humana. Esta expresa, sin escisión entre ser y deber ser, su disposición (*héxis*) etho-política, a la praxis (acción *política*); su disposición a la actividad social (*enérgeia*) y a la *techne* (*arte-producción)*. Aristóteles conjuga la relación moral del sujeto consigo mismo (los ejercicios y aprendizajes a los que aquel se somete a fin de actuar virtuosamente) y la relación política con otros sujetos (su actividad en los asuntos comunes) en relación de equilibrio para la concreción prudencial de los fines de la comunidad. Desde la perspectiva aristotélica y que permanece activa en las éticas de la virtud actuales (con diferencias entre ellos, Alasdair MacIntyre, Martha Nussbaum, Bernard Williams, por ejemplo), las virtudes son, además, hábitos por los cuales se lleva a feliz término la buena disposición. No es suficiente *conocer* la virtud, sino que se trata de procurarla y practicarla. (Aristóteles, 1959). La acción virtuosa es el resultado del intercambio particular y característico entre razonamiento, enseñanza y hábito o ejercicio. Es probable que el razonamiento y la enseñanza no tengan fuerza para generar la virtud en todos los casos y que sea imprescindible el hábito. La virtud que ocupa el centro de la escena de la filosofía práctica aristotélica es la *prudencia*. Esta virtud, entendida como una disposición de la razón en su aplicación práctica, expresa una norma: su finalidad es lo que se debe o no se debe hacer. Es una especie de *evaluación* de lo particular y del principio práctico que se realiza en la acción particular (Aristóteles, 1945, 1107a, 1143a, 1141b, 1141a). La conducta virtuosa es expresión de un hábito selectivo, racional y práctico, conforme a aquello que en las acciones de los hombres es la debida proporción que es preciso observar. La debida proporción tiene que ver con el sujeto que actúa, con sus condiciones subjetivas y sus posibilidades materiales, pero también con su adecuación a las normas sociales que expresan la conducta ejemplar del hombre prudente de la comunidad. Así, el análisis de la acción de cuño aristotélico y característico de las éticas de la virtud se fundamenta en la práctica deliberada de la virtud y entiende que la conducta virtuosa es (o tiene que ser) expresión de una forma de vida cuya normatividad se deriva de la tradición, sus valores y costumbres. El sujeto moral modela su subjetividad en el entramado de significaciones de una forma de vida a la que pertenece y a través de la cual se fija una identidad. La teoría aristotélica de las virtudes presupone una distinción entre lo que es bueno para el hombre en sentido particular (como sujeto individual) y lo que es bueno para sí en tanto hombre (como sujeto de una comunidad, como "ciudadano"). En este sentido, las leyes de una comunidad expresan (*y si no, deberían expresar*) los valores (las virtudes) con los que esa comunidad se identifica (Thiebaut, 1998, 1992). Antoní Domènech recuerda que en el Libro IX de la Ética a Nicómaco (1167b), Aristóteles presenta un esquema ético-social de la relación entre la virtud personal y el bienestar colectivo o el bien público, cuya traducción más común reza así: "*Ahora bien, esta clase de concordia (homonoia) se da entre los hombres buenos (epieikeis), pues estos están en armonía consigo mismos y entre sí, y teniendo, por así decirlo, un mismo deseo (porque siempre quieren las mismas cosas y su voluntad no está sujeta a corrientes contrarias como un estrecho), quieren a la vez lo justo y conveniente (tà dikaia kai tà sympheronta), y a esto aspiran en común. En cambio, en los malos*

(phaulous) no es posible la concordia, salvo en pequeña medida, tampoco la amistad, porque todos aspiran a una parte mayor de la que les corresponde de ventajas, y se quedan atrás en los trabajos y servicios públicos. Y como cada uno de ellos procura esto para sí, critica y pone trabas al vecino, y si no se atiende a la comunidad, esta se destruye. La consecuencia es, por tanto, la discordia pugnaz (stasiazein) entre ellos al coaccionarse los unos a los otros y no querer hacer espontáneamente lo que es justo" (Domènech, 2002).

La vida buena. "*La experiencia moral como búsqueda de la* vida buena *surge en Grecia, permanece en la ética cristiana, aunque haciendo de Dios el objeto felicitante y reaparece de forma privilegiada en el utilitarismo y en el pragmatismo. El ámbito moral es el de las acciones cuya bondad se mide por la felicidad que puedan proporcionar*" (Cortina, 1986). Estas concepciones se denominan *teleológicas*, bien porque la acción realiza el fin –la acción es *autotélica*, en sentido aristotélico–, bien porque no afirman que haya acciones buenas o malas en sí mismas, que deban ser hechas o evitadas por sí mismas, sino que ante la posibilidad de elección, han de preferirse aquellas acciones que produzcan mayor felicidad. Sin embargo, el modo de entender la felicidad no es unívoco: algunos la identifican con el placer, otros con alguna forma de perfección, con virtudes o actividades perfectas o más "elevadas": desde interesarse por la felicidad individual y política (como excelencia, bienestar, según las distintas acepciones), que es la preocupación moral en Grecia, hasta postular que el bienestar o la felicidad social son el fin último de los hombres, como aparece en el utilitarismo ilustrado. En todos estos casos, la vida moral gira en torno a un fin último, dado por naturaleza, fin al que se denomina felicidad; por esto, dentro de estas concepciones, la tarea moral consiste en encontrar los medios mejores para lograr un fin, al que el hombre tiende por naturaleza y que, por esa razón, constituye su *bien*. Es decir, ese fin al que el hombre naturalmente tiende, es para él algo *valioso.* Sin embargo, ya a partir de la incidencia estoica en el concepto de *ley natural* como centro de la experiencia moral, surge la moral del deber, que tiene su más acabada expresión en la reflexión kantiana (Cortina, 1986). Los estoicos no ponen en duda que los hombres tiendan por naturaleza a la felicidad y se interesen por adoptar los medios más óptimos para alcanzarla. Pero en este ámbito, no hay posibilidad de establecer diferencia alguna entre el hombre y el resto de la naturaleza: la felicidad no es un fin puesto por el hombre; es un fin "natural". El hombre puede sustraerse al orden natural, ser *autolegislador, autónomo*. Todo lo cual supone que el hombre es capaz no de juzgar sus acciones a la luz de la felicidad que producen, sino de realizarlas según la ley que se impone a sí mismo y que, por esa razón, constituye su deber (Cortina, 1986). Siglos más tarde, durante la modernidad y tras la propuesta kantiana, las éticas del deber (comúnmente denominadas *deontológicas*) acentuarán ideales individuales de virtud y definirán la validez moral de una acción en su adecuación a principios universales (formales) de justicia que consideran han de sustraerse a la ponderación de ideales particulares de buena vida. Es decir, las éticas teleológicas y las éticas deontológicas, en el sentido de Frankena (1965), son aquellas que, como las primeras, tratan de determinar, ante todo, qué es lo bueno para los hombres –trátese del bien metafísico o psicológico– y suponen que la maximización de este bien es lo moralmente correcto; o, precisan ante todo, como es el caso de las segundas, el marco de lo moralmente correcto, dentro del cual habrá que interesarse por lo bueno. Estas últimas no pretenderían proporcionar criterios para preferir entre valores conducentes a la felicidad, sino solo establecer un marco universal de lo correcto, dentro del cual conviven las distintas concepciones de la vida feliz que no atentan contra lo correcto, contra el deber. Como dice Habermas, Kant no se refiere –como la ética clásica– a todas las cuestiones de la vida buena, sino solo a los problemas del actuar justo o correcto. El fenómeno básico desde la teoría moral es la validez deóntica de los mandatos o normas de acción. En este sentido, hablamos de una ética deontológica. Esta entiende la corrección de las normas o mandatos por analogía con la verdad de una proposición asertórica. Sin embargo, no pueden identificarse. Kant no confunde la razón teórica con la práctica (Habermas, 2000). De este modo, durante la modernidad la pregunta éticopolítica clásica fundamental, ¿cómo se ha de vivir en una polis? O ¿cómo debemos vivir en una polis? O ¿qué se ha de hacer para vivir bien y ser feliz en una polis? se transforma en la pregunta acerca de cuál es el bien para cada individuo, o qué es lo bueno para este grupo particular y olvida, de ese modo, su referencia política en el sentido de Aristóteles: "*Pues aunque sea el mismo el bien del individuo y el de la ciudad, es evidente que es mucho más grande y más perfecto alcanzar y salvaguardar el de la ciudad; porque procurar el bien de una persona es algo deseable, pero más hermoso y divino es conseguirlo para un pueblo y ciudades*" (Aristóteles, 1959; 1094b). En la modernidad esa continuidad ético-política se quiebra a causa de todo un conjunto de procesos que confluyen en el surgimiento de la noción de individuo y de individualismo que aspira a transformarse en medida y norma de las nuevas exigencias de una subjetividad que quiere hacer valer sus pretensiones; los conceptos, entre otros, de libertad negativa y

libertad positiva, ámbito público/ámbito privado, acaban por disolver aquella continuidad y tienden a desplazar el ideal de conducta virtuosa a la dimensión individual y a concebir la prudencia como una virtud de la sagacidad y el cálculo racional de lo que es mejor y más conveniente para el individuo. El debate moral contemporáneo ha actualizado la vieja controversia entre éticas de la virtud y éticas del deber en las propuestas comunitaristas y liberales, en sus diferentes versiones. Ronald Dworkin puede ser útil para sintetizar uno de los aspectos más importantes de la diferencia entre ambas posiciones. Al respecto señala este autor que el que defienda una *sociedad virtuosa* (que nosotros encontramos en diversas formas de comunitarismo y de republicanismo cívico) supone que, en una sociedad tal, sus miembros comparten una concepción sensata de la virtud, es decir, de las cualidades y disposiciones que las personas deberían tener o esforzarse por tener; comparten esta concepción de la virtud, no solo privadamente, como individuos, sino también públicamente: creen que su comunidad, en su actividad social y política, exhibe virtudes, y que ellos tienen la responsabilidad, como ciudadanos, de promover esas virtudes. En ese sentido, continúa Dworkin, tratan las vidas de los otros miembros de la comunidad como una parte de sus propias vidas. Además, los que desde nuestra descripción promoverían una ética universalista (que encontramos en posiciones "liberales"), guardan cierto escepticismo con respecto a las *teorías del bien* y a las de la virtud, y advierten acerca del peligro de universalizar una idea de bien particular, a la vez que niegan "*a la sociedad política su función suprema y su justificación última, a saber, que esta ayude a sus miembros a alcanzar lo que es efectivamente bueno*" (Dworkin, 2003).

Referencias

AAVV, *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Cuestiones morales,* Edición de Osvaldo Guariglia, Madrid, Editorial Trotta, 1996. - Aristóteles, *Ética a Nicómaco* (ed. Bilingüe)*,* Madrid, Instituto de Estudios Políticos Madrid, 1959. - Adela Cortina, *Ética mínima*, Madrid, Tecnos, 1986. - Antonì Domènech, *Democracia, virtud y propiedad (en antiguos y modernos)*, Universidad de Barcelona, 2002.- Ronald Dworkin, *Liberalismo, constitución y democracia*, Buenos Aires, Ed. La Isla de la Luna, 2003. - William Frankena, *Ética*, México, Uteha, 1965. - Jürgen Habermas, *Aclaraciones a la ética del discurso*, Madrid, Editorial Trotta, 2000. - Alasdair MacIntyre, *Tras la virtud*, Barcelona, Ed. Crítica, 1987. - Carlos Thiebaut, *La vindicación del ciudadano,* Madrid, Paidós, 1998. - Carlos Thiebaut, *Los límites de la comunidad,* Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1992.

Éticas descriptivas y prescriptivas

Germán Calderón (Colombia) - *Pontificia Universidad Javeriana*

La distinción entre éticas descriptivas y prescriptivas abarca un núcleo importante de problemas en la teoría ética contemporánea. Expresado en la forma más simple, podría decirse que todo juicio moral implica alguna norma de conducta o una exhortación a hacer algo y, por tanto, hay en principio dos posibilidades: desde el *prescriptivismo* las normas éticas trascienden el lenguaje de la descripción, de lo que *es* y se ocupan de lo que *debería ser*; es decir, que estos juicios difieren de las proposiciones de hecho en que no describen, sino que prescriben. Además, si aceptamos que los juicios morales son proposiciones susceptibles de verdad o falsedad, que nos dicen cómo son las cosas, de manera análoga a como una buena teoría científica describe un sector de la realidad, entonces estaremos en la vía del *descriptivismo*. No debe olvidarse que una tendencia fuerte particularmente en la filosofía anglosajona del siglo XX ha sido la de intentar resolver la pregunta por el significado de los juicios morales, o más exactamente, el significado del lenguaje utilizado para expresar juicios morales. Si no se tiene en cuenta este contexto intelectual, resulta muy difícil entender el debate entre éticas descriptivas y prescriptivas y sus variantes. En el caso del prescriptivismo universal de R. M. Hare, este concibe su proyecto como la respuesta a la necesidad de distinguir entre buenos y malos argumentos en cuestiones morales. Por tanto, para él, la expresión *teoría ética* que muchos filósofos pretenden obviar, es un estudio absolutamente necesario, que en sentido estricto se refiere a la "teoría acerca del significado y las propiedades lógicas de las palabras morales". Buena parte de estas reflexiones y los autores aquí mencionados se ocupan del lenguaje de la moral o, si se prefiere, del lenguaje de la ética.

El descriptivismo ético. El *descriptivismo* pertenece al grupo de teorías éticas que pueden considerarse también *cognitivistas*, puesto que el presupuesto básico que se hace aquí es que los juicios éticos pueden ser verdaderos o falsos y podemos tener conocimiento de esto; en este sentido también es una ética naturalista en tanto que los juicios morales pretenden decir cómo son la cosas y con frecuencia (aunque no siempre), se considera que es una doctrina *realista* según la cual, al menos, algunos juicios morales son verdaderos. Siguiendo la clasificación que propone Hare en lo que él ha denominado una *taxonomía de las teorías éticas*, el *descriptivismo* tiene dos versiones: la primera es el *naturalismo ético* y la segunda es el *intuicionismo ético*; para claridad del lector es preferible

enunciar aquí también las dos versiones del *no descriptivismo*, que son el *emotivismo* y el *no descriptivismo racionalista*, cuyo principal desarrollo es el *prescriptivismo universal*. Nos ocuparemos en esta primera parte de las teorías descriptivistas y es importante anotar aquí que las dos versiones mencionadas del descriptivismo, el *naturalismo* y el *intuicionismo,* tienen entre sí tantas distancias como las que puede haber entre dos dialectos que se hablen dentro del mismo país, y cuyos hablantes escasamente puedan entenderse entre sí. Si la tesis descriptivista general es que el lenguaje de los juicios morales atribuye propiedades morales (o sus contrarios) a sujetos que actúan y que, por tanto, pueden ser buenos, justos, honrados, etc., intuicionistas y naturalistas tienen profundos desacuerdos sobre la naturaleza de dichas propiedades. Según la versión de los *intuicionistas éticos,* las propiedades que ahí se describen son *no naturales* y solo conocemos de su existencia a través de alguna forma de intuición moral, de la cual los seres humanos estamos dotados en circunstancias normales. El exponente más importante de este tipo de doctrina fue G. E. Moore, a comienzos del siglo XX. La tesis de Moore defiende una forma de propiedades no naturales que intuimos al expresar juicios morales, pero aquí ya puede entreverse que teorías como las intuicionistas se exponen a la objeción según la cual, quien crea en una facultad que permita intuir el bien moral, confunde tener una intuición con tener una creencia en algo. Asimismo, desde la versión naturalista del *descriptivismo* y frente a la posibilidad de decir que los juicios morales son verdaderos o falsos, podríamos señalar el siguiente ejemplo: si emitimos un juicio según el cual los actos de X son justos, entonces deberemos poder decir qué característica es la que hace que consideremos los actos de X como justos, es decir, debemos mostrar que el término justo puede definirse en términos naturales o a través de la descripción de cualidades naturales. Como ya se dijo, es dentro del mismo descriptivismo ético desde donde se realiza uno de los ataques importantes a esta solución. Moore rechaza el *naturalismo descriptivo* sobre la base de que este confunde las propiedades morales, por ejemplo, la bondad, con las cosas que poseen esta propiedad o con cualquier otra propiedad que poseen las cosas buenas, de tal manera que incurre en la famosa *falacia naturalista* al basar la moral en hechos naturales, pues esto demuestra según él que el *debe* no puede derivarse del *es.* Además, casi dos siglos antes el filósofo empirista escocés David Hume había planteado ya la imposibilidad de derivar premisas éticas de premisas no éticas. Al referirse a los moralistas de su tiempo, observaba cómo las proposiciones asociadas a un *debe* o un *no debe* que estos utilizaban con frecuencia en sus discursos no podían derivarse de proposiciones que expresaban las cópulas habituales de *es* y *no es*. Hume preguntaba cómo esta nueva relación podía deducirse de otras totalmente diferentes de ella. Hume fue sin lugar a dudas uno de los filósofos que más destacó la distinción entre hechos y valores. Pero las interpretaciones que se hacen de esto y las consecuencias que se derivan de ahí difieren entre sí de manera considerable. Para algunos la distinción mencionada es un argumento en contra del *descriptivismo* y en particular, en contra del cognitivismo y el naturalismo en la ética, pues *es* y *debe* son dos órdenes ontológicamente diferentes; para otros, esto es una simple distinción lógica, que no constituye refutación de la posibilidad de que los juicios morales nos permitan conocer. Al contrario de Moore, que intentó sustentar la ética en alguna capacidad de intuición humana, el propio Hume nunca abandonó el naturalismo y su ética se sustenta, en últimas, en la capacidad de los sentimientos morales (naturales) de los seres humanos. Sin embargo, este tipo de naturalismo no satisfaría a los descriptivistas propiamente dichos, para quienes los significados de los enunciados morales están determinados por la sintaxis y las condiciones de verdad de estos juicios, es decir que tal como ocurre con los juicios de hechos cuya veracidad o falsedad puede verificarse en la experiencia, también se puede conocer de los juicios morales que son verdaderos o falsos y esta es también una posición fuertemente vinculada al *cognitivismo* en la ética.

El no descriptivismo ético. El filósofo inglés R. M. Hare intenta dar respuesta al reto planteado por el *descriptivismo* y sus variantes. Para Hare este tipo de teorías éticas conducían cuando menos al *relativismo*, al hacer depender en el caso del *descriptivismo naturalista* el significado de los términos morales, de las condiciones de verdad, que en el caso de los juicios morales serán las condiciones particulares de verdad aceptadas en una sociedad determinada y que serán las definitorias del significado de los términos morales y, en el caso del *descriptivismo intuicionista,* al hacer depender los juicios morales de la convicciones que tienen las personas con formación moral, pero estas convicciones varían de una sociedad a otra y son, por tanto, relativas a sociedades particulares. Además, la respuesta ofrecida por algunos filósofos *no-descriptivistas*, como Ch. Stevenson, para quien los juicios morales sirven solo para expresar sentimientos o actitudes, que en últimas se refieren a la aprobación o desaprobación sobre el objeto juzgado (posición que se denomina *emotivismo*), es para Hare muy poco satisfactoria, puesto que también conduce a formas de irracionalismo. Si el lenguaje de los juicios morales es solo la

expresión de actitudes, entonces no puede haber un fundamento racional para dichos juicios. La crítica de Hare al *emotivismo* de Stevenson se basa en que este confunde el efecto perlocucionario, es decir, lo que se produce al decir algo (*per locutionem*), con el significado mismo de los juicios morales. Hare da el ejemplo de un profesor sádico que dice a los alumnos: "estén callados", pero como sabe que el grupo al que da esta orden es particularmente indisciplinado, espera que una vez abandone el salón estos harán lo contrario. El profesor se esconde en el salón contiguo y una vez escucha el alboroto, tiene el pretexto para castigar al grupo de muchachos. Lo que sucede aquí es que el efecto (perlocucionario) logrado al proferir la orden es el contrario, pero lo que sus palabras "estén callados" significan es justamente eso y la prueba de ello es que el profesor obtiene una justificación para castigar a sus alumnos.

El prescriptivismo universal. La propuesta de Hare es que el *prescriptivismo universal* puede ofrecerse como un intento de lograr una síntesis, desde otras teorías éticas que ejerza una crítica, pero que permita formular un *no-descriptivismo* racionalista que pudiera dar razón de los juicios morales. Para Hare las posiciones no descriptivistas, como el emotivismo, estaban en lo correcto al rechazar el descriptivismo en sus dos versiones. Sin embargo, en su afán de rechazarlo, los emotivistas saltan de manera precipitada a la conclusión de que no puede decirse nada (aparte de expresar aprobación o desaprobación) en cuestiones morales, que se base en la posibilidad de razonar sobre ellas. Al hacer esto se comete desde su perspectiva, un grave error, pues no es cierto que las únicas cuestiones sobre las que se pueda razonar sean las cuestiones fácticas. Hare apunta a Aristóteles y a Kant como ejemplos de filósofos que al referirse a la sabiduría práctica (*phronesis*), y a la razón práctica, respectivamente, demuestran que se razona también sobre estos asuntos. Los prescriptivistas afirman, por tanto, que los juicios morales son un tipo de prescripciones, de una lógica más compleja y no del todo asimilables a los imperativos simples, aunque comparten con estos la característica de intentar que se hagan algunas cosas. Este es uno de los rasgos centrales que constituirían la *differentia* de su propuesta: las oraciones de deber, valorativas o normativas, prescriben algo y es algo que debe hacerse, y esa prescripción debe poder universalizarse. El concepto de *universalizabilidad*, que es el más importante aquí, puede entenderse como aquel elemento en los enunciados de deber que contiene un principio implícito según el cual dicho enunciado es aplicable a todas las situaciones similares. Hay que precisar aquí que, como señala Hare, en primer lugar, *situaciones similares* significa que han de tenerse en cuenta las características, deseos y motivaciones de las personas involucradas: por ejemplo, no todo el mundo desea asistir a un culto religioso (cualquiera que sea), aunque nos parece que lo deseable es que quienes quieran hacerlo tengan la posibilidad y la libertad de hacerlo. En segundo lugar, no se debe confundir la *universalizabilidad* con la generalidad: nuestros principios morales pueden ser más específicos; la conocida crítica a Kant según la cual este se mete en un callejón sin salida al convertir en precepto universal el *nunca digas mentiras* puede ser respondida con un "nunca digas mentiras, excepto cuando es necesario para salvar vidas inocentes o excepto cuando se trata de evitar que la información caiga en manos de la delincuencia, o excepto cuando … etc.". Los principios generales son importantes, pero las situaciones de deber no son tan generales y simples. La complejidad de las excepciones es posible. En tercer lugar, debemos tener presente que existen relaciones tanto como cualidades universales: "debo cuidar a mi madre" es un enunciado universalizable con respecto a la madre de A, pero no es cierto que A tenga el mismo deber de cuidar a las madres de otros individuos. Esta es una diferencia importante que los *prescriptivistas universales* establecen con respecto a los imperativos simples (¡cierra la puerta!). Los juicios morales, al igual que aquellos, son prescriptivos, pero a diferencia de estos son universalizables, de tal manera que *universalizabilidad* en el sentido arriba mencionado, y *prescriptividad* son los rasgos que comparten los enunciados de *debe* en el prescriptivismo. "*Un acto de habla es prescriptivo si atenerse a él es comprometerse, so pena de ser acusado de falta de sinceridad, a realizar la acción especíﬁcada en el acto de habla o bien, si exige que la haga un tercero, a querer que la haga*" (Hare, 1995). Si como sostiene este filósofo los juicios morales son siempre: 1. prescriptivos: dirigen las acciones o guían nuestra conducta (rasgo que comparte con los imperativos), 2. universalizables: se puede esperar que las personas en situaciones similares hagan lo mismo (rasgo que definitivamente no comparten con los imperativos). Con la conjunción de estas dos características 1 y 2 se obtiene para Hare por lo menos un punto de contacto entre la concepción de los argumentos morales que él ha defendido y el *utilitarismo*: el carácter lógico del lenguaje moral es el fundamento de esta teoría, de tal manera que en nuestro intento de encontrar razones que guíen nuestra conducta y que podamos prescribir universalmente para una situación determinada, nos encontraremos abocados a dar igual consideración a los deseos y necesidades de los demás (justicia distributiva), y esto a su vez nos conducirá a intentar maximizar las satisfacciones. De ahí la cercanía con el *utilitarismo*. Hare llega incluso a

sostener que puede haber una síntesis entre puntos de vista tradicionalmente concebidos como opuestos, como son el utilitarismo y la filosofía y la *ética kantiana.* En tanto que para él no es posible distinguir entre el juicio moral realizado sobre la base de los efectos de una acción y el juicio hecho sobre la base de la naturaleza de esa acción como tal.

Referencias

R. M. Hare, *Ordenando la ética: una clasificación de las teorías éticas*, Barcelona, Ariel, 1999. - R. M. Hare, *Freedom and reason*, New York, Oxford University Press, 1963. - R. M. Hare, *El prescriptivismo universal*, en PeterSinger, *Compendio de ética*, Madrid, Alianza Editorial, 1995. - W. D. Hudson, *La filosofía moral contemporánea*, Madrid, Alianza Universidad, 1974. - D. Hume, *Tratado de la naturaleza humana*, Madrid, Tecnos, 1988. - Charles R. Pigden, *El naturalismo,* en Peter Singer, *Compendio de ética*, Madrid, Alianza Editorial, 1995. - Ch. L. Stevenson, *Ética y lenguaje*, Buenos Aires, Paidós, 1984.

Deontologismo y obligación

Mario Heler (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Deberes y obligaciones. Una de las connotaciones del término *deber* (que en griego se dice *deontos*) refiere a que *el deber obliga*, genera *obligaciones*; ejerce una coacción capaz de causar la decisión y sus consecuentes acciones, mandando la elección del curso de acción que presenta como necesario. *Deontologismo* es el nombre dado a la tradición moderna que, a partir de Immanuel Kant (1724-1804), define la moralidad por el acatamiento del deber por el deber mismo, sin otra consideración. El *consecuencialismo* (en particular, el utilitarismo) es la tradición opuesta. El deontologismo rechaza la idea de que la obligatoriedad moral pueda depender de los resultados esperados de la acción, de *lo conveniente*. Por el contrario, considera que el deber *moral* se impone como obligación sin reclamar más que su cumplimiento. En la disyunción entre el deber y lo conveniente, el consecuencialismo argumenta a favor de la segunda opción y el deontologismo defiende la primera. Pero ambas posiciones buscan un criterio para determinar qué es lo moralmente obligatorio, un criterio que brinde un test o prueba de la moralidad para la toma de decisiones morales en las variadas y multifacéticas situaciones de la vida cotidiana.

El problema del deontologismo. En las sociedades modernas, la *cohesión social* se hace problemática. Sin el resguardo de una voluntad divina, las obligaciones morales pierden su fuerza motivacional. Pero, además, el *postulado moderno de la libertad e igualdad* de todos generaría una movilidad social con aumento de la diversidad de formas de vida, reclamando entonces obligaciones comunes, que más allá de las formas de vida individuales obligarán con similar fuerza motivacional a la de los deberes religiosos. Pero tal reclamo se vería gravemente entorpecido en su satisfacción porque los deberes morales mandan a individuos *autónomos*, independizados de las "tutelas" (Kant, 1981), quienes no deben (idealmente) ser sometidos a una autoridad ajena (*heteronomía*), sino que deben dar su *libre consentimiento* incluso a los deberes morales (*autonomía*).

Determinismo y libertad. Para Kant, los seres humanos son seres naturales, sometidos a las leyes deterministas de la Naturaleza (formuladas por Newton). Como seres naturales, su existencia está dirigida a (inclinada hacia) la búsqueda tentativa de su felicidad (la *autoconservación*, en la doble acepción de preservar en el ser y de dar un sentido a la propia existencia). Pero para Kant, se trata de ser *digno de ser feliz*. Siguiendo sus inclinaciones (deseos e intereses), el individuo se sometería a la serie causal de la naturaleza, que en tanto es un mecanismo determinista, no deja espacio para la libertad (aunque sí para optar entre posibilidades dadas en las diferentes circunstancias; gracias a la voluntad inferior o apetito sensible). Pero, el ser humano tiene además razón, y por ello es capaz de determinar cuál es su deber y quererlo (podría decirse, por analogía con la razón teórica, como se *quiere* la conclusión de un razonamiento válido). Y ese querer tiene también consecuencias prácticas: determina moralmente la conducta, en contra de las inclinaciones. Cuando así ocurre, se libera de la causalidad natural, y se determina sin condicionamientos (sin causa antecedente), por libertad, por *puro respeto a la ley*. Kant distingue una *causalidad natural*, que nos somete anulando nuestra libertad, y una *causalidad por libertad*, capaz de determinar la voluntad de los seres humanos. El deber moral interpela a la razón para que se autodetermine por *puro respeto* a la ley moral, sin consideración de las inclinaciones, acatando únicamente el deber. *Libre de* la causalidad natural (*libertad negativa*), entonces *libre para* ser moralmente libre (*libertad positiva*). Además, *libre para* comprometerse en la construcción de un mundo liberado de la necesidad natural y regido por la causalidad por libertad, el Reino de los Fines (o de la libertad).

La ley moral. En Kant, la ley moral se expresa en el *imperativo categórico*: una orden (un imperativo) que no acepta *condicionamientos* ni *excepciones* (categórico). En tanto *incondicionado* vale *universalmente*, para todos los seres humanos (Kant refiere a todos los "seres racionales"), y manda categóricamente, obliga sin condiciones, incondicionalmente,

por el puro respeto del deber. El imperativo categórico tiene tres formulaciones, cada una de las cuales destaca un aspecto y juntas dan cuenta de los elementos que conforman la máxima (Kant, 190).

Universalidad. Una de las formulaciones del imperativo categórico ordena: "*obra de tal manera que puedas querer que tu máxima se convierta en ley universal*". Los seres humanos buscan una buena vida de variados modos, intentan realizarla bajo circunstancias diferentes y cambiantes; se proponen entonces acciones diferentes. Cada individuo actúa guiado por lo conveniente para su forma de vida, y cada acción puede ser descripta bajo la forma de una regla que la regiría, y que Kant llama *máxima* ("principio subjetivo del obrar", esto es, determinación de la acción que desde mi situación, subjetivamente, me inclina a considerarla la más adecuada para mi forma de vida). Que la máxima sea capaz de convertirse en *ley universal* significa, conforme al concepto general de ley, que: i) valen para todos las situaciones del mismo tipo, ii) valen para todos los sujetos, para todos los agentes, iii) todos aceptarían su obligatoriedad. La primera y segunda características extienden la validez de una ley a todos los individuos, dando pie a regularidades que posibilitan la convivencia social con base en expectativas comunes y recíprocas de comportamiento. La tercera característica deja suponer que esas expectativas no serán frustradas en las relaciones sociales, ya que en tanto racionales, cada uno y todos querrán que la máxima sea ley, que adquiera *objetividad práctica* (objetividad entendida como *intersubjetividad*, como acuerdo o consenso acerca de la validez de su obligatoriedad). Más aún, cada uno y todos serán co-legisladores, porque otorgarán su libre consentimiento a la máxima como ley. ¿Cuál es el fundamento de ese libre consentimiento universal? No puede serlo el *contenido o materia* de la máxima, ya que este varía en las diversas circunstancias y los distintos individuos. Solo la *forma* de la máxima, la forma universal, es el factor determinante para que todos reconozcan su obligatoriedad. Una máxima que no es digna de ser un deber moralmente válido presentará contradicciones. Y la contradicción no puede ser *querida* por la razón, ni en su uso práctico (aunque sea conveniente). Para Kant entonces la obligatoriedad de un deber no depende de las consecuencias provocadas por su acatamiento, como pretende el consecuencialismo. No se trata entonces que lo conveniente determine mi querer: si así fuera, no podrá asegurarse que todos darían su consentimiento, ya que cada uno esperaría cosas diferentes. Se trata, por el contrario, de comprobar que la máxima no entrañe *contradicción* alguna, solo entonces puedo querer –mi razón y la de cualquier otro ser racional– que sea *ley universal*, esto es, que en todos los casos del mismo tipo, todos los hombres se sometan a ella, por libre consentimiento. Kant analiza la falsa promesa. Podría ser que alguien pensara que *debe* pedir un préstamo de dinero, aun sabiendo que no podrá devolverlo. Pero si prescindimos del contenido, *la forma de la máxima* es contradictoria; dice: "comprométete sin comprometerte", pues la idea de un préstamo incluye el compromiso de devolver el dinero. Entonces la máxima se presenta como una contradicción, "me comprometo y no me comprometo" (A y no A), que la razón no puede querer. El deber de cumplir las promesas y el de ser veraz son *deberes estrictos*, de cumplimiento irrestricto, sin excepciones ni condicionamientos, y además recíprocos.

El reino de los fines. Otra formulación del imperativo categórico dice entonces: "*todas las máximas, por propia legislación, deben concordar en un reino posible de los fines, como un reino de la naturaleza*". La razón teórica establece el conjunto de las leyes que constituyen el Reino de la Naturaleza, mediante leyes en sí mismas no contradictorias y que son consistentes, coherentes, con el resto de las leyes naturales. Como test o prueba de moralidad, del imperativo categórico surge el conjunto de los deberes morales que en tanto leyes pueden dar subsistencia a un Reino donde rija la causalidad por libertad. El hombre moralmente autónomo es legislador y a la vez súbdito: está subordinado a las leyes que legisla. Esas leyes no deben, por ende, ser contradictorias en sí mismas ni ser inconsistentes entre sí, para dar lugar a la creación del reino de los fines, del *reino de la libertad*. Kant ejemplifica con el suicidio. El sufrimiento, la desilusión y la desesperación pueden llevar a pensar en la solución del suicidio. Pero la máxima correspondiente no puede convertirse en ley universal –no puede universalizarse, se dirá actualmente–, y no puede serlo porque es inconsistente con el proyecto implícito en la Ley Moral de la realización del reino de los fines: una máxima que lo proponga no es contradictoria en sí misma, pero sí es inconsistente con respecto al resto de las leyes que darán existencia a un posible reino de los fines. Tal reino existe cuando los individuos se determinan a actuar por puro respeto al deber, un deber que ellos mismos se autoimponen, gobernándose por la razón práctica. En tanto actúan en consecuencia, es decir, en tanto concretan en la realidad natural la acción que el deber prescribe, por puro respeto a la ley, entonces contribuyen a la construcción del reino de los fines en este mundo.

El otro no solo como un medio. La tercera formulación del imperativo categórico prescribe: obra de tal manera que siempre consideres a los demás no solo como medios, sino al mismo tiempo como

fines en sí mismos. Los deberes morales refieren al otro porque surgen como necesidad de una convivencia pacífica (i. e., generan expectativas sociales de comportamiento brindando cohesión social). Las inclinaciones toman en cuenta solo la autoconservación, la voluntad pura, o lo que es lo mismo en Kant, la razón práctica (que guía la acción, a diferencia de la razón teórica que conoce), alude a la relación con los otros seres racionales, pues establece límites para la convivencia. Todos somos personas, por ser racionales, entonces somos capaces de actuar como legisladores y súbditos del reino de los fines, y contribuir a su concreción en este mundo. En consecuencia, nadie debe ser tratado únicamente como medio, sino que siempre todos deben ser tratados como fines en sí mismos, esto es, como seres capaces de dar libre consentimiento a la ley. La consideración del otro ser humano como un fin –y no solo como un medio para la realización de mis objetivos– significa respetar su autonomía (tratarlo como un ser igual a mí en su capacidad de actuar libremente).

La fórmula integral del imperativo categórico. Kant sintetiza las formulaciones del imperativo categórico en función de los componentes de una máxima, haciendo jugar, más o menos explícitamente, los conceptos de ley universal, autonomía, persona y reino de los fines: "*Todas las máximas tienen efectivamente: 1º. Una forma, que consiste en la universalidad y en este sentido se expresa la fórmula del imperativo moral, diciendo: que las máximas tienen que ser elegidas de tal modo como si debieran valer de leyes universales naturales. 2º. Una materia, esto es, un fin, y entonces dice la fórmula: que el ser racional debe servir como fin por su naturaleza y, por tanto, como fin en sí mismo; que toda máxima debe servir de condición limitativa de todos los fines meramente relativos y caprichosos. 3º. Una determinación integral de todas las máximas por medio de aquella fórmula, a saber: que todas las máximas, por propia legislación, deben concordar en un reino posible de los fines, como un reino de la naturaleza*" (Kant, 1980). Las tres formulaciones se integran así en una ética que supone la autonomía del ser humano, su capacidad de autolegislarse, y de hacerlo con los otros, que también deben ser tratados como seres autónomos.

Éticas deontológicas de la responsabilidad. Las actuales *éticas del discurso*, como las de Jürgen Habermas y Karl-Otto Apel, retoman el deontologismo kantiano. Después del giro lingüístico de la filosofía, en su etapa pragmática, desembarazándose de la filosofía moderna de la conciencia, y aceptando la crítica de Max Weber (que considera irresponsable no tomar en cuenta las consecuencias de las acciones o de la generalización de reglas de conducta (Weber, 1980), son *éticas deontológicas de la responsabilidad*. En ellas, la evaluación ética de la máxima se realiza en diálogos reales que deben incluir, con voz y voto, a todos los afectados por las *consecuencias* de su posible aplicación. La ley moral exigirá que en cada momento una norma situacional sea evaluada como moral en tanto sea resultado de un *consenso* sobre su aplicación, obtenido por la evaluación de los argumentos a favor y en contra de su posible adopción como ley universal (ya no se trata entonces de un experimento mental, como en Kant, idéntico en cada ser racional, sino de diálogos reales para la formación de un consenso racional, es decir, un acuerdo basado en argumentos (que Habermas llama "entendimiento").

Referencias

Karl-Otto Apel, *Una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia.* Buenos Aires, Almagesto, 1990. - Jürgen Habermas, *Escritos sobre moralidad y eticidad.* Barcelona, Paidós, 1991. - Immanuel Kant, *Kants Werke. Akademie Textausgabe.* Berlin, Walter de Gruyter, 1968; *Crítica de la razón práctica.* Madrid, Espasa-Calpe, 1975; *Fundamentación de la metafísica de las costumbres.* Madrid, Espasa-Calpe, 1980; *Metafísica de las costumbres.* Madrid, Tecnos, 1989; *Filosofía de la historia*. México, FCE, 1981. - Max Weber, "La política como profesión", *Ciencia y política.* Buenos Aires, CEAL, 1980.

Justificación por principios

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

Conceptualización. *Principio* es un enunciado fundamental e irrebasable, que sirve de sustento a un razonamiento o argumento. En su ámbito, un principio tiene validez incontestada y no se subordina a otro principio, so pena de perder su carácter de basal. Estas condiciones se cumplen, por ejemplo, para el principio lógico de no-contradicción y para algunos enunciados de las ciencias naturales –todo ser vivo es generado por otro ser vivo–. El positivismo postula que solo el saber empírico se legitima como conocimiento por cuanto sus aseveraciones pueden ser sometidas a criterios de verdad o falsedad. El discurso filosófico, y por ende el ético, sería un conjunto de opiniones imposibles de validar, que no llevan a enunciados comprobables o refutables y, por tanto no constituyen conocimiento. No obstante, los enunciados éticos son naturales –anclan en realidades históricas y sociales–, siendo posible ponderar su grado de veracidad. El discurso de la ética es esencialmente deductivo, es decir, parte de una generalidad propuesta como verdad provisoria y parcial para iniciar la argumentación lógica susceptible de acuerdos o disensos. Existen algunos intentos de desarrollar una ética empírica o científica basada en el método inductivo que

describe actitudes, hábitos, valoraciones como datos sociales, mas de estas aseveraciones descriptivas es difícil derivar un lenguaje normativo, so pena de abusar de la falacia naturalista. En su fundamentación racional de la ética, distinguía Kant el *imperativo categórico* –inimpugnable, absoluto, universalmente válido– de los *imperativos hipotéticos* –válidos según las circunstancias–. Desde que Hegel criticara que un imperativo categórico no era compatible con la *lebenswelt* –el mundo de la vida–, fue perdiendo credibilidad el discurso absoluto, hasta su desconstrucción final en la tardomodernidad. Los intentos de erigir principios morales sólidos no han tenido fortuna, y su proliferación es un claro indicio de la debilidad normativa que los aqueja, ya que una multiplicidad de enunciados fundamentales desvirtúa la idea de una máxima rectora. Pensadores que han sugerido una única máxima moral fundante no han podido otorgarle el carácter de precepto universal, irrebasable e irrefutable. Lo que no le es dado a la ética filosófica será también imposible de lograr por las éticas aplicadas, cuya razón de ser es el juicio y la norma en relación con situaciones concretas.

La bioética de principios. El discurso bioético emergió como una propuesta principialista. Los principios bioéticos nacen junto con la disciplina misma, siendo primeramente utilizados en el Informe Belmont, que en los años 1974-1979 inició la regulación ética de investigaciones en seres humanos. Allí aparecen tres principios éticos básicos –respeto por las personas, beneficencia y justicia–, como los más relevantes, seleccionados de entre los juicios que nuestra tradición general reconoce y acepta como fundamentos justificatorios de muchas evaluaciones y prescripciones éticas de acciones humanas. El documento no entiende los principios morales como categorías normativas absolutas, prefiriendo extraerlas de la moralidad común como preceptos aplicables, entre otros, al análisis ético de actividades biomédicas. Este planteamiento derivó en una primera presentación de los cuatro principios de la bioética, consolidados en la Escuela Principialista de Georgetown. Las más recientes ediciones del texto fundacional del principialismo (Beauchamp & Childress, 2001) reconocen su deuda con la moral común, en la cual anidan todas las normas morales que son aceptadas por personas moralmente serias (Childress, 2003). Críticos del principialismo niegan que los principios propuestos tengan estructura lógica de tales, ya que no cumplen la función de un principio de ser guía de acción. Los adherentes al sistema moral común consideran que los mal llamados principios a lo más sirven como recordatorios morales, y prefieren fundamentar una perspectiva ética en lo que los miembros de la comunidad racionalmente conocen y aceptan, y cuyo precepto básico es la no maleficencia (Gert, Culver & Clouser, 1997). Aun cuando han ido raleando los defensores de un principialismo estricto, es preciso reconocer que en la aplicación cotidiana de la bioética persiste la tendencia a abarcar las complejidades del tema con la utilización muchas veces esquemática de los cuatro principios de Georgetown: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Sobre este esqueleto conceptual han proliferado esfuerzos académicos por jerarquizar, compatibilizar y modificar los principios, prolongando su protagonismo más allá de su vida útil y de la intención de sus iniciadores. En efecto, el ordenamiento principialista es de uso provechoso en la institucionalidad bioética: para ordenar el debate de cuerpos colegiados como comités de ética, con fines de enseñanza de la bioética, y al revisar protocolos de investigación. En todas estas actividades cumplen funciones taxonómicas más que conceptuales. Los cuatro principios bioéticos requieren ser mutua y simultáneamente respetados, pero en el contexto de las prácticas sociales que deben regular se dan incompatibilidades difíciles de solucionar: por respetar la autonomía puede lesionarse la beneficencia, el culto por esta podría ir a costa de la justicia. Se propone recurrir a la narrativa para develar tantos detalles circunstanciales como sea necesario a fin de que la compatibilidad de principios para el caso específico se dé en forma coherente. Cercana a la compatibilidad se encuentran los intentos de jerarquización pues, si bien los principios fueron presentados como equivalentes –sin negar que la autonomía es el más robusto de ellos–, ha parecido necesario indagar sobre su respectiva solidez. Por una parte, se le ha dado prioridad ontológica a la justicia y la no-maleficencia, arguyendo que cautelan valores públicos que deben primar sobre la ética personal y de máximo encarnada en la autonomía y la beneficencia. Por otra parte, se argumenta que son éticamente más sólidos, por constituir bienes perfectos, la autonomía y la justicia.

Sobre el carácter fundamental de los principios. Desde la escuela fundadora del principialismo viene el reconocimiento de la excesiva generalidad de los principios y la necesidad de someterlos a estricta especificación para darles el rigor de reglas aplicables a casos concretos. Esta labor de especificación ha de ocuparse del significado, rango y amplitud de los principios, así como de su rigurosidad y peso en caso de conflicto, todo lo cual implica un proceso de deliberación que le resta solidez a la idea de un principio rector. Para dotar a los principios de cierta flexibilidad, se les ha considerado como *prima facie*, vale decir, son válidos a menos que aparezca una circunstancia que

requiera dar prioridad a otro principio. Este lenguaje proviene de W. Ross, quien introdujo la idea de deberes *prima facie*, siendo más plausible condicionar y jerarquizar deberes, que hacerlo con un principio que, si ha de estar dispuesto a ceder ante otro principio, tendrá categoría de norma o regla, pero no precepto rector y primario. La prescripción que más se acerca a un principio de validez amplia es la no-maleficencia, que en la historia ha tenido presencia en muy diversas formas, desde algunos de los Diez Mandamientos, hasta el hipocrático *primum non nocere.* Su cumplimiento, no obstante, es precario, como ya se hace ver en polémicas que cuestionan acaso el daño por omisión por cuanto tiene el mismo peso que daños por comisión. En las invasivas técnicas de la biomedicina actual, la ética no puede solicitar la eliminación de riesgos y daños, debiendo abocarse a buscar la proporcionalidad entre beneficios y efectos negativos. La fragilidad de fundar el discurso bioético en principios se hace notar en las diversas propuestas de modificar la original lista de Georgetown. Se ha sugerido la no-maleficencia como fundamento de la ética en general y, por extensión, de la bioética; la beneficencia como el valor intransable de la ética médica, la justicia como condición *sine qua non* para ordenar el resto de los valores sociales y éticos, la autonomía reservada como el fundamento indiscutible del pensamiento liberal. Un exhaustivo estudio realizado en Europa sugirió una tétrada de principios bioéticos consistente en autonomía, vulnerabilidad, integridad y dignidad, una propuesta que incita a preguntar si se trata efectivamente de principios bioéticos normativos o más bien de la descripción de atributos antropológicos. Uno de los más acerbos críticos reclama que el principialismo, sobre todo si reconoce su anclaje en la moral común, debe incorporar el comunitarismo como quinto principio (Emmanuel, 1995). La propuesta posiblemente caiga en una falacia categorial, pues el comunitarismo no es un principio bioético, aun cuando tiene el mérito de recordar que el discurso bioético ha de mantener una estrecha vinculación con la comunidad y representar adecuadamente su sentir y sus valores.

Principios y diversidad cultural. Doctrinas bioéticas basadas en principios toleran mal la transculturalización. La bioética traída a Latinoamérica bajo el sello del principialismo anglosajón ha tenido una recepción local difícil. La autonomía individual, tan celebrada en los países desarrollados, encuentra obstáculos en sociedades donde existen enormes desigualdades económicas y sociales. La tendencia tardomoderna a concederle respeto absoluto a la autonomía no considera que esta liberación va acompañada de temores, inseguridades, pérdidas de confianza y de la caducidad de protecciones. Ejercer autonomía y autorresponsabilidad en ausencia de una red social que cobije al que fracasa es un proceso tanto más lesivo cuanto más desamparada es la población. Si la autonomía se acepta como atributo esencial de la persona humana, será menester asegurar a toda persona la posibilidad de ejercerla efectivamente. Sin embargo, se mantiene abierta la brecha social que hace muy desigual el ejercicio efectivo de la autonomía, lo que A. Sen denomina la diferencia de empoderamiento entre desposeídos y pudientes. El principio de autonomía no contempla esta diferencia y, por ende, no le habla a la realidad social de países menos desarrollados. El así llamado *principio de justicia* es igualmente difícil de aplicar a culturas diversas, ante todo si queda en proclama general sin especificar qué será sometido a ecuanimidad y a quién atañe. La bioética anglosajona se ocupa de la ecuanimidad al discutir la distribución de recursos disponibles, mientras que en Latinoamérica la preocupación se centra en proponer esquemas políticos y sociales que asistan a los desposeídos y organicen al menos los servicios públicos más esenciales de un modo que propenda a la igualdad social. En culturas donde los servicios sociales están entregados al libre mercado y se transan con criterio contractual, la beneficencia es evaluada por cada uno de los participantes según sus intereses, en contraste con naciones de desigualdad, donde el agente suele determinar en forma paternalista el beneficio que cree corresponde al afectado. Distorsiones importantes sufre el debate bioético cuando delibera sobre la aplicación de principios en poblaciones desmedradas, que eufemísticamente se denominan "vulnerables". Contrariamente a la Declaración de Helsinki, la bioética primer-mundista propone ignorar o rechazar todo beneficio a los sujetos de investigación bajo el pretexto de que investigar es una actividad científica que no tiene por qué beneficiar a los probandos (Rhodes, 2005). El principio de autonomía también sufre remodelaciones tanto para negarle competencia mental a personas que han tomado decisiones anticipadas –testamentos en vivo, consentimiento a donar órganos–, como para adjudicar capacidad de decisión a personas que necesitarían ser protegidas para evitar que decidan en contra de sus intereses –controversias entre el proteccionismo y el inclusivismo de probandos para investigaciones– (Kottow, 2004). Reflejan estas polémicas tanto la fragilidad conceptual de un principialismo bioético, como su utilización sesgada para poblaciones con diversos grados de protección social y moral. La aceptación de principios éticos conlleva obligaciones de reciprocidad por respetar normativas que otras culturas deciden elevar al estatus de principios. La sustentación de principios será un escollo

a la búsqueda de acuerdos en sociedades multiculturales y tolerantes, para las cuales se ha propuesto la deliberación moral sin otros presupuestos que la participación libre de censuras y discriminaciones. Para cualquiera de estas éticas procedimentales, como son la ética comunicativa (Apel, Habermas), la ética sin moral (Cortina), el equilibrio reflexivo (Rawls, Daniels), el pluralismo pragmático (Putnam), vale que la elaboración de un discurso moral legítimo depende más bien de la coherencia argumentativa que de las premisas iniciales, donde la presencia de principios actúa de escollo a los compromisos. Pensar las éticas procedimentales para sociedades profundamente desiguales, no obstante, encubre una profunda injusticia, porque los discriminados, los marginados, los excluidos, no tienen posibilidades ni competencias de participar en los foros comunicacionales donde se sustenta el procedimiento ético ideal. Donde hay severas desigualdades no podrán, ni el principialismo ni una ética comunicativa, salvar la brecha social y el desnivel de empoderamiento, la única manera de fragmentar el statu quo siendo el recurso de proteger social y políticamente a los desmedrados.

Referencias

T. L. Beauchamp & J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, 5ª ed., New York, Oxford University Press, 2001. - J. F. Childress, Principles of biomedical ethics. Reflections on a work in progress, en J. K. Walter & E. P. Klein (eds.), *The story of bioethics*, Washington, Georgetown University Press, 2003. - E. J. Emmanuel. "The beginning of the end of principlism", *Hastings Center Report,* 25:37-38, 1995. - W. D. Ross, *The Right and the Good,* Indianapolis, Hacket Publ. Co., 1988. - B. Gert, C. M. Culver & K. D. Clouser, *Bioethics. A Return to Fundamentals,* New York, Oxford University Press, 1997. - M. Kottow, "The battering of informed consent", *J Med Ethics*, 30:565-569, 2004. - R. Rohdes, "Rethinking research ethics", *The American Journal of Bioethics*; 5:7-28, 2005.

Teorías, principios y reglas 1. Los filósofos modestos

Rodolfo Vázquez (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

Las teorías éticas y los principios y reglas normativos, ¿deben considerarse relevantes para orientar la actividad de los legisladores, de los jueces, del personal sanitario, de los funcionarios públicos de la salud? Si deben serlo, ¿qué tipo de teorías y qué características deben reunir tales principios y reglas para resultar pertinentes? ¿Cuál es, en definitiva, el lugar de la filosofía en las decisiones de los comités gubernamentales y, de manera especial, en las decisiones de los diversos comités de ética hospitalarios? Desde la publicación del libro de Tom Beauchamp y James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, estas preguntas, entre otras, han venido ocupando de manera creciente la atención de los filósofos prácticos dedicados al estudio ético de los problemas de medicina y salud. Por lo general podemos decir que existen dos puntos de vistas encontrados ante tales cuestionamientos. Por una parte, se piensa que ante la imposibilidad de alcanzar algún consenso entre las diferentes teorías morales, el filósofo *modesto* debe limitarse al oficio de técnico en su disciplina. Por la otra, el filósofo *ambicioso* piensa que cualquier decisión pública se inscribe en un marco teórico que debe aplicarse a la resolución de cada uno de los casos que se presentan a consideración. Estos últimos, a su vez, abogan bien sea por una *concepción generalista* de la moral (ética deontológica, utilitarista, de derecho natural, por ejemplo) o una *concepción particularista* (contextualismo, casuística, ética del cuidado, de la virtud, entre otras posibles). En un terreno intermedio, señalando las limitaciones de cada una de las dos posiciones extremas, se ubican aquellos filósofos que apelan a un *equilibrio reflexivo* entre principios generales y convicciones particulares, o bien reconocen la primacía de los principios pero no con un carácter absoluto, sino con un valor *prima facie*. Por cierto, estas dos últimas no son excluyentes. De acuerdo con este marco general pueden señalarse cuatro posiciones: 1. El filósofo modesto: el oficio de técnico; 2. El filósofo ambicioso generalista; 3. El filósofo ambicioso particularista, y 4. El filósofo de la tercera vía: principios *prima facie* y equilibrio reflexivo. Con algunas divergencias menores adelanto mi acuerdo con esta última posición desde la cual intentaré ofrecer alguna respuesta a las preguntas formuladas.

El filósofo modesto: el oficio de técnico. Después de caer en la cuenta de que es prácticamente imposible que los filósofos se pongan de acuerdo con respecto a alguna teoría moral, Mary Warnock se pregunta: "*¿Cuál es, entonces, el lugar de la filosofía en las decisiones de los comités gubernamentales? Me parece que los filósofos juegan un papel simplemente como profesionales, es decir, que por entrenamiento y hábito están acostumbrados a distinguir las buenas de las malas evidencias, los argumentos correctos de las falacias, el dogma de la experiencia. Son profesionales acostumbrados a plasmar las conclusiones y las líneas preliminares de un razonamiento de manera inteligible*". En el mismo sentido se expresa Peter Singer: "*La virtud distintiva de los filósofos es el pensamiento crítico: la habilidad para ponderar argumentos, detectar falacias y evitarlas en su propio razonamiento*". Más recientemente, Mark Platts se plantea el mismo interrogante: "*¿cómo podría el filósofo en tanto filósofo colaborar en la resolución de los problemas prácticos morales? ¿Qué contribución distinta nos*

permite un entrenamiento filosófico?". Desde un enfoque analítico, Platts divide la respuesta en dos partes: a) si es cierto que el primer objetivo de la ética es un objetivo descriptivo, consistente en la identificación de la institución de la moralidad y la descripción de sus presupuestos conceptuales más generales, entonces el análisis "*de nuestro discurso moral cotidiano, llevado a cabo a la luz de las mejores teorías filosóficas de la conducta lingüística, es nuestra única guía segura al principio de la tarea descriptiva mencionada*"; y b) si lo que se intenta es una claridad reflexiva sobre los conceptos, esto se hace con el propósito de llegar a una resolución razonable de los problemas en litigio, es decir, "*la discusión sobre las pretendidas soluciones tiene que involucrar razonamientos, argumentos en favor o en contra de las supuestas soluciones. Tales argumentos pueden ser buenos, malos o dudosos; pero si no existe la pretensión de ofrecer buenos argumentos, la discusión no puede ser razonable*". Platts está consciente de que con este doble objetivo la contribución del filósofo no adopta la forma de *teoría* o *tesis* sobre la moralidad, sino, modestamente, la de una debida utilización de las técnicas que son producto de su entrenamiento. Sin embargo, ¿no resulta esta contribución demasiado modesta, se cuestiona el mismo Platts, si con un poco que observemos el discurso moral cotidiano notamos que la gente común y corriente sostiene tesis sobre el carácter objetivo o subjetivo de las distintas moralidades? ¿No defienden los individuos acaso ideas metafísicas acerca de la libertad de la voluntad en contra del determinismo? ¿Y quién si no el filósofo puede ofrecer opiniones competentes sobre estas tesis? "*Quizá, quizá, quizá…, pero lo dudo,* piensa Platts*, por lo menos en tanto que verdad generalizada sobre la institución humana de la moralidad*". Lo que quiere decir este autor es que si bien no puede negarse la existencia de ideas cuasifilosóficas en el discurso moral de la gente y aún en los mismos códigos de ética médica, de aquí no se sigue que tales ideas sean elementos indispensables para las moralidades cotidianas y para tales códigos. Con Peter Strawson, Platts sostiene que: "*La moralidad no requiere en la práctica ningún […] anclaje metafísico, aun cuando algunos de quienes la practican estén dispuestos a imaginar, en sus momentos de reflexión, que sí lo necesita*". No cabe duda de que la contribución de la filosofía analítica en el nivel de la metaética ha sido relevante y fértil, pero también insuficiente. El problema es que los argumentos pueden ser claros e incluso consistentes, pero aún así pueden ser moralmente inicuos para ponderar alguna consideración moral. Y esto no es poca cosa. Renunciar a la posibilidad de construir ciertos principios normativos generales que tomen como punto de partida el respeto hacia las personas es renunciar al "punto de vista moral", a la perspectiva desde la cual el individuo intenta ponerse en el lugar del otro. En este sentido, parece existir un punto de acuerdo entre las diversas teorías morales con respecto a la vieja Regla de Oro: actúa hacia los demás de la misma manera que quisieras que actuaran contigo. Esta regla se encuentra presente no solo en la ética judeo-cristiana, sino bajo enunciados diversos, también en la ética deontológica de Kant, en utilitaristas como Bentham y Mill, contractualistas como Scanlon, y en éticas del cuidado, como la de Gilligan. Asumir el punto de vista moral es asumir, a fin de cuentas, el punto de vista de la imparcialidad. Entenderé por esta la posibilidad de valorar los conflictos en términos de ciertos principios generales que se acepten independientemente de la situación en particular, sin permitir que mis preferencias o prejuicios personales influyan en el juicio. Es reconocer, como insistentemente lo ha señalado Richard Hare, que el pensamiento moral se mueve en dos niveles: el *intuitivo* y el *crítico*. Muchos de los problemas morales surgen porque en el nivel intuitivo, tales intuiciones –intrapersonales o interpersonales– entran en conflicto, y ellas mismas están lejos de autojustificarse. Se requiere un nivel diferente para dar respuesta a esos conflictos; un nivel crítico que sea empleado "*no solo para resolver conflictos entre intuiciones en el nivel intuitivo, sino para seleccionar los principios morales y […] las virtudes que debemos cultivar en nuestros hijos y en nosotros mismos*". En otros términos: "*Los principios parciales en el nivel intuitivo deben justificarse por un razonamiento imparcial en el nivel crítico*". Es claro, como sostienen Strawson y Platts, que en la práctica –en el nivel intuitivo de Hare– la moralidad no requiere un anclaje metafísico, pero difícilmente puede negarse la necesidad de principios en el nivel crítico, si no es a condición de renunciar a la misma moralidad. Y creo que de esto toma conciencia Platts cuando al final de su libro se pregunta aguda y puntualmente: "*¿No hay acaso una tarea filosófica de evidente utilidad para tales debates [morales] cuyo objeto sea formular los principios morales generales que subyacen en los juicios morales más específicos que los individuos hacen en cada situación particular? ¿No podría ser un ejemplo de esta tarea la identificación, digamos, de algún principio de respeto a la autonomía que se encuentre detrás de los juicios más específicos sobre los asuntos de la confidencialidad y el consentimiento informado en la práctica médica?*". La respuesta de Platts es positiva y las cautelas que introduce para entender adecuadamente su posición me parecen sugerentes. En primer lugar, la identificación del principio de respeto a la autonomía debe entenderse como "*la propuesta normativa de un principio que funcione para maximizar cierto tipo de*

coherencia 'profunda' entre los juicios morales específicos ofrecidos"; y, en segundo lugar, "*que para que la identificación de tal principio del respeto a la autonomía en el contexto de los debates contemporáneos sobre problemas morales prácticos sea útil, se requiere que, tanto en términos de su contenido como en términos de sus relaciones lógicas con los juicios morales comunes y corrientes, el principio no se quede demasiado 'distante' de aquellos juicios*". Habría que preguntarle a Platts qué quiere denotar con la expresión "coherencia profunda" y con la metáfora espacial de la distancia. A mi juicio, no es sino una alusión hacia la necesidad de una ética crítica, en los términos de Hare. Lo sugerente de su propuesta es que el acceso a los principios –al principio de autonomía, en este caso– está lejos de darse por la vía de intuiciones metafísicas de las cuales se pueda deductivamente inferir la solución para los conflictos morales específicos. La vía más bien es la inversa. Una suerte de inducción que concluya en la construcción de los principios normativos generales. Queda detenerse a analizar la propuesta de lo que con Kymlicka he llamado *filósofos ambiciosos*.

Referencias

Tom Beauchamp y James Childress, *Principles of Biomedical Ethics,* Oxford University Press, 1979. - Will Kymlicka, "Moral Philosophy and Public Policy: The Case of New Reproductive Technologies", en Wayne Sumner y Joseph Boyle (ed.), *Philosophical Perspectives on Bioethics,* University of Toronto Press, Canadá, 1996. - Mary Warnock, "Embryo Therapy: The Philosopher's Role in Ethical Debate", citado por Will Kymlicka, *ibid.* - Pascal Kasimba y Peter Singer, "Australian Comission and Committees on Issues in Bioethics", *Journal of Medicine and Philosophy,* V. 14, 1989. - Mark Platts, *Sobre usos y abusos de la moral. Ética, sida y sociedad,* Paidós-UNAM, México, 1999, Apéndice: ética y práctica. - Richard Hare, "Methods of Bioethics: Some defective Proposals", en Wayne Sumner y Joseph Boyle (ed.), *op. cit.* - Richard Hare, *Essays on Bioethics,* Clarendon Press, Oxford, 1993, cap. 1 "Medical Ethics. Can the Moral Philosopher Help?".

Teorías, principios y reglas
2. Los filósofos ambiciosos

Rodolfo Vázquez (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

El filósofo ambicioso generalista. A diferencia de la modestia que caracteriza a aquellos que limitan la función del filósofo moral a sus habilidades técnicas, propias de su profesión, los *filósofos ambiciosos* piensan que las comisiones gubernamentales deberían adoptar una teoría moral comprensiva y aplicarla a las diversas situaciones o casos médicos, o de salud en general. Esta pretensión es fuertemente criticada por Kymlicka cuando se pregunta sobre las teorías morales, sean generalistas o particularistas: ¿qué es lo distintivo de cada una de ellas? ¿Cuál es la más adecuada? ¿Qué conclusiones prácticas se siguen de cada una para la resolución de problemas? Con respecto a la primera pregunta, piensa Kymlicka, parece que no existe algún criterio relevante que distinga una teoría de otra. Por ejemplo, qué distingue a una ética contractual de una deontológica o utilitarista. Si tomamos el caso de John Rawls, algunas lecturas de su obra enfatizan su deuda deontológica con Kant, otras insisten en que el método constructivista conduce de hecho al utilitarismo y no ha faltado quien argumentara a favor de una ética del cuidado implícita en la explicación de la posición original. Rawls mismo en *A Theory of Justice* se considera contractualista y deontologista. Otros autores han subsumido el contractualismo bajo el utilitarismo y las teorías de derecho natural bajo las deontológicas, y así terminan reduciendo las teorías éticas a la oposición más radical entre consecuencialistas y deontologistas. Otros rechazan ambas por su carácter abstracto, a-histórico e impersonal, y reducen las teorías a éticas contextualistas. Resulta entonces imposible ponerse de acuerdo sobre la identidad y clasificación de las teorías éticas. Kymlicka no está diciendo que los debates en torno a la identidad de las teorías o la exégesis de las obras de los grandes teóricos morales sea irrelevante para la discusión filosófica. Lo que dice, y resulta una obviedad, es que para aquellos que deben tomar decisiones públicas o recomendarlas, el mapa de las teorías se presenta confuso, y el tiempo de que disponen para decidir es limitado. Pero supongamos que se logre identificar las teorías y clasificarlas con claridad. Todavía hay que preguntarse cómo poner de acuerdo a los integrantes de los comités para evaluarlas y finalmente escoger la más adecuada. Si bien es posible proponer con cierta objetividad algunos principios morales, así como la posibilidad de dar respuestas correctas –no absolutas– a los problemas morales, sería ingenuo suponer que existe un argumento unificador de todas las teorías y un principio absoluto regulador de todos los comportamientos humanos. Sin embargo, aun si asumimos que *todos* hemos llegado a un acuerdo con respecto a una *sola* de las teorías éticas, tiene que decidirse todavía *cómo* aplicarla a las situaciones particulares. Y esta no es una tarea sencilla si pensamos que no existe un consenso generalizado acerca de cómo deben entenderse cada una de las expresiones básicas que caracterizan a las diferentes teorías: *acuerdo*, *utilidad*, *naturaleza*, *cuidado*, *deber*; pero, sobre todo, cómo deben usarse para dar respuesta a los distintos problemas que plantean la medicina y la salud. Todo parece indicar que es poco realista pensar que en los comités puede llegarse a un consenso en la selección y aplicación de alguna teoría moral. Además, esta pretensión de uniformidad resultaría inapropiada

si se quiere corresponder a las demandas plurales de los ciudadanos en una sociedad democrática. Dicho lo anterior, el carácter ambicioso del filósofo consiste, precisamente, en pensar que es posible identificar y clasificar las teorías; que puede seleccionarse una, la cual bajo un principio regulador, deba aplicarse incondicionalmente; y que esta teoría es la apropiada para responder a las demandas de todos los ciudadanos. No es necesario agregar que una pretensión de este tipo puede tener una fuerte dosis de autoritarismo moral y que, infortunadamente, no son pocos los comités de bioética, aun los no confesionales, que se distinguen por ello. Entre los filósofos ambiciosos, el que aquí he denominado generalista, se caracteriza por una posición metaética absolutista y por lo que Dan Brock ha llamado el *método deductivista de razonamiento moral*. Estas características pueden verse con más detenimiento. Por ejemplo, Tom Beauchamp ofrece una buena caracterización de los principios a partir de lo que él llama una *concepción robusta* y que contrapone a la concepción *prima facie* que él sostiene. Esta concepción robusta, propia de lo que aquí he calificado de posición metaética absolutista, sostiene que *x* es un principio moral si y solo si *x* es: general, normativo, sustantivo, no exceptuable y fundacional. Es *general* porque un principio es aplicable para normar un amplio campo de circunstancias, y en este sentido contrasta con las proposiciones específicas; es *normativo* porque un principio es un estándar de acciones correctas, buenas u obligatorias y posee la capacidad de dirigir acciones y ofrecer las bases para una evaluación crítica de las mismas; es *sustantivo* porque los principios expresan contenidos morales y no solo la forma en que tales contenidos deben ser considerados; además, un principio moral no tiene excepciones aun si entra en conflicto con otros principios; fundamenta las reglas y los juicios morales sin justificarse a sí mismo en otro principio, ni esperar una justificación pragmática. Lo cuestionable de esta postura es el carácter *no exceptuable y fundacional* de los principios. Para el absolutismo moral los principios morales son inviolables, es decir, racionalmente incuestionables. Esto significa, como afirma Beauchamp, que no está moralmente justificado invalidarlos aun cuando exista un conflicto entre ellos. Estas situaciones, como es obvio, se presentan en un contexto trágico, donde nada de lo que uno hiciera sería moralmente aceptable o correcto. La alternativa sería la *no actividad*, que podría incurrir en un acto de omisión moralmente reprobable, o la *actividad*, que entonces respondería no ya a razones objetivas, sino a razones subjetivas que privilegiarían, dogmáticamente, un principio sobre los demás. Las verdades morales se adquieren por una intuición metafísica no corroborable intersubjetivamente o, en el extremo, por un acto de fe religiosa. Con respecto al deductivismo, en los términos de Brock, este consiste en emplear la verdadera teoría y principios, junto con los hechos empíricos relevantes a su aplicación, para deducir lógicamente la conclusión moral correcta para el caso o la política en cuestión. El problema es que no existe tal teoría moral comprensiva en la que todos estén de acuerdo y que pueda ser aplicada deductivamente a las diversas situaciones. El deductivismo sería finalmente el método de razonamiento moral propio de las teorías fundacionalistas. Otro nombre para el absolutismo moral que, reitero, caracteriza a los filósofos generalistas. Pienso que contra el absolutismo moral es necesario sostener la posibilidad de un control racional de nuestras creencias y, por tanto, invalidar cualquier argumento de autoridad aceptado dogmáticamente. A este respecto, nadie mejor que Popper ha visto con claridad la necesidad de anteponer a todo autoritarismo dogmático un racionalismo crítico fundado en la objetividad de la experiencia y en la disposición al diálogo crítico, lo cual implica la confrontación de argumentos y la disponibilidad a abandonar las creencias cuando existen razones fundadas para hacerlo: "*el autoritarismo y el racionalismo, tal como nosotros los entendemos, sostiene Popper, no pueden conciliarse puesto que la argumentación –incluidos la crítica y el arte de escuchar la crítica– es la base de la racionalidad… La idea de imparcialidad también conduce a la de responsabilidad; no solo tenemos que escuchar los argumentos, sino que tenemos la obligación de responder allí donde nuestras acciones afecten a otros. De este modo, en última instancia, el racionalismo se halla vinculado con el reconocimiento de la necesidad de instituciones sociales destinadas a proteger la libertad de crítica, la libertad de pensamiento y, de esta manera, la libertad de los hombres*".

El filósofo ambicioso particularista. Entre los filósofos ambiciosos, el que aquí he denominado *particularista* se caracteriza por una concepción metaética subjetivista y por lo que a partir de la obra de Albert Jonsen y Stephen Toulmin se conoce como *nueva casuística* que, a diferencia de la *tiranía de los principios*, centra su atención en el caso concreto. Entre los teóricos particularistas es recurrente incluir también a los defensores de las llamadas éticas de situación y las más recientes éticas de la virtud y del cuidado. Sin detenernos en estas últimas, podemos centrar nuestra atención en dos posiciones que se ubican plenamente en el debate de la bioética: el *contextualismo* de Earl Winkler y la ya mencionada *casuística* de Jonsen y Toulmin. Winkler propone su concepción contextualista confrontándola críticamente con la teoría paradigmática de los principios, tal como

fue desarrollada por Beauchamp y Childress en su ya citado libro *Principles of Biomedical Ethics*. En la interpretación de Winkler la crítica a estos autores se centra en la idea de que la justificación moral que ofrece tal paradigma es esencialmente deductivista, implicando diversos niveles de generalización: un juicio particular se justifica si cae bajo una regla y esta lo hace mostrando que es una especificación de un principio general. De esta manera, la bioética médica, por ejemplo, debe concebirse como una división primaria de la ética aplicada y, en definitiva, de una teoría ética general. Con poco que se analicen los tres principios fundamentales de la teoría paradigmática, continúa el autor, se cae en la cuenta de la deuda de cada uno de ellos con diversas teorías generalistas: el principio de autonomía es deudor de la ética kantiana; el de beneficencia (incluido aquí el de no maleficencia), de la ética utilitarista, y el de justicia, del contractualismo. Cada una de estas teorías, coincidiría Winkler con Kymlicka, se enfrentaría con las interrogantes señaladas por este último y ya analizadas en este trabajo. Para Winkler la teoría paradigmática no ofrece un criterio que permita decidir cuál de los principios debe seleccionarse en ciertas circunstancias concretas o, en otros términos, qué concepción teórica debe prevalecer. Precisamente, cuando se enfrenta a los casos límite, que son los más interesantes y conflictivos desde el punto de vista moral (el uso de niños anencefálicos como posibles donadores de órganos, la investigación con embriones y su uso en las nuevas técnicas reproductivas, por ejemplo), la teoría principialista incurre en omisiones serias. Parecería, finalmente, apelar a una suerte de intuicionismo de difícil justificación desde un punto de vista empírico-racional. Por el contrario, el contextualismo en tanto procede metodológicamente "de abajo hacia arriba" considera que los problemas morales deben resolverse a la luz de la propia complejidad de las circunstancias concretas apelando a las tradiciones históricas y culturales relevantes. De esta manera, una teoría contextualista debe comenzar por el reconocimiento de una moral convencional con sus propias reglas y valores justificatorios, los mismos que deben considerarse con un criterio de validez instrumental de acuerdo con el contexto social que contiene el caso. Winkler concluye mostrando cómo cada uno de los principios –autonomía, beneficencia y justicia– terminan relativizándose y apelando a principios supletorios para dar una respuesta razonable a los casos concretos. Para Jonsen y Toulmin debe recuperarse la casuística en el campo de la bioética, es decir, una forma de razonamiento que debe centrar su atención en el caso concreto. Lejos de partir de principios generales aplicables deductivamente, se trata es de considerar las máximas y tópicos que definen el sentido y la relevancia del propio caso. Unas y otros, finalmente, deberán clasificarse en forma analógica, de acuerdo con sus semejanzas y diferencias. En un escrito más reciente Albert Jonsen ha suavizado su casuística inicial destacando el papel que juegan las circunstancias en el juicio y en la responsabilidad moral de los agentes. En la *Ética Nicomaquea* de Aristóteles, en el *De Officis* de Cicerón y en *La metafísica de las costumbres* de Kant, obras fundacionales para diversas teorías éticas, se encuentran pasajes alusivos al papel relevante de las circunstancias: quién es el agente, qué hace, qué cosa o persona es afectada, qué medios usa, qué resultados se desean obtener con la acción, etc. La pregunta por las circunstancias, piensa Jonsen, no es una pregunta que demanda una respuesta por un sí o un no de acuerdo con principios rígidos, sino, más bien, por una suerte de juicio prudencial. Las más de las veces, los casos difíciles conducen a situaciones donde las dos respuestas se presentan no como una situación dilemática, paralizante de la actividad, sino como conclusiones posibles de un razonamiento apoyado con buenos argumentos justificadores. En este contexto, las circunstancias adquieren un valor relevante en tanto "características moralmente apreciadas de una situación" y también decisorias para la situación particular. El caso concreto, entonces, debe verse como un todo en el que deben ponderarse los *menores riesgos*, *los costos significativos*, *los daños mínimos*, etc. Ante la incapacidad de las máximas o tópicos para dirimir las situaciones conflictivas, de lo que se trataría es de que el balance y la ponderación entre ellos dependieran de un juicio práctico moral, de la discreción, de la prudencia, o de lo que Aristóteles denominó *phronesis*. La casuística se resuelve finalmente en una suerte de apelación y ponderación de las circunstancias. Ambas posturas –contextualista y casuística– incluidas en la denominación general de particularistas, son criticables. Si en los generalistas el defecto era haber incurrido en un absolutismo moral bajo un esquema deductivista, el problema entre los particularistas es elaborar una teoría que descansa en un subjetivismo relativista y un método generalizador que no acierta a resolver tampoco, bajo criterios racionales, los conflictos frecuentes en bioética entre las propias máximas y tópicos. Winkler critica con lucidez las posiciones generalistas aunque quizás exageró al extremo la teoría paradigmática de Beauchamp y Childress y no reconoció –como en seguida veremos– el valor *prima facie* de los principios defendidos por estos autores. Sea de ello lo que fuere, el problema de su contextualismo es el mismo al que se enfrenta cualquier convencionalismo o relativismo cultural. Si por este se entiende la descripción del hecho sociológico de que las

sociedades difieren en sus juicios éticos o de que los individuos tienden a tomar en cuenta las evaluaciones prevalecientes en su comunidad histórica y culturalmente determinada, esta afirmación es a todas luces verdadera pero irrelevante, ya que no afecta la validez ni la posibilidad de juicios moralmente universales. Si lo que se pretende es esto último, el relativismo es autodestructivo, porque su referente normativo no está contenido en las prácticas o convenciones de la sociedad. Como afirma Carlos Nino: "*La dependencia de la crítica respecto de la práctica moral puede dar lugar a un relativismo conservador que es inepto para resolver conflictos entre quienes apelan a tradiciones o prácticas en el contexto de una sociedad, ya que la valoración presupondría esas prácticas y no es posible discriminar entre prácticas valiosas o disvaliosas sin contar con principios morales que sean independientes de ellas*". La *casuística* de Jonsen y Toulmin se enfrenta a la crítica de Hare analizada más arriba: la insuficiencia de una moral intuicionista y la necesidad de asumir una ética crítica, imparcial, para resolver los conflictos entre las propias intuiciones, máximas o tópicos. Manuel Atienza lo ha expresado con claridad aludiendo a la obra de ambos autores: "*el recurso que ellos sugieren a las máximas o tópicos es manifiestamente insuficiente para elaborar criterios objetivos de resolución de conflictos. Esto es así porque frente a un caso difícil (bien se trate del derecho, de la medicina o de la ética) existe siempre más de una máxima aplicable, pero de signo contradictorio; y el problema es que la tópica –o la nueva casuística de Jonsen y Toulmin– no está en condiciones de ofrecer una ordenación de esas máximas; o, mejor dicho, no podría hacerlo sin negarse a sí misma, pues eso significaría que, en último término, lo determinante serían los principios y las reglas –si se quiere, de segundo nivel– que jerarquizan las máximas*". Por lo que hace a la apelación de Jonsen a la *phronesis* aristotélica cabe para esta la misma crítica de Hare a las éticas intuicionistas. Como dice Atienza con razón: "*estos autores parecen depositar una excesiva confianza en la prudencia o sabiduría práctica… y en su capacidad para resolver en forma cierta (o, al menos, con toda la certeza que puede existir en las cuestiones prácticas) problemas específicos*". Hay que agregar algo que los críticos de una ética, con pretensiones de universalidad, tienden a omitir o simplemente no reconocer. Es el hecho de que asumir un punto de vista imparcial no es ignorar que el discurso moral –y para nuestro caso el de la bioética– también se mueve en un mundo real. Nada más concreto, por ejemplo, que tomar como punto de partida las "circunstancias de la justicia", las "convicciones espontáneas para un equilibrio reflexivo" o el "reconocimiento de las necesidades básicas", como es de sobra conocido en autores como Herbert Hart, John Rawls o Ernesto Garzón Valdés, respectivamente; pero, precisamente, son un punto de partida que apunta hacia una empresa común más ambiciosa, como la posibilidad de lograr algún acuerdo entre puntos de vista distintos y encontrados. Para ello es necesario proporcionar razones objetivas para la acción y proponer un punto de vista imparcial que involucre a todos los seres humanos en tanto agentes morales.

Referencias

Dan Brock, "Public Moral Discourse", en Wayne Sumner y Joseph Boyle (ed.), *Philosophical Perspectives on Bioethics,* University of Toronto Press, Canadá, 1996. - Karl Popper, *La sociedad abierta y sus enemigos,* Buenos Aires, Paidós, 1967, Tomo II. - Karl Popper, *En busca de un mundo mejor,* Barcelona, Paidós, 1994. - Albert Jonsen y Stephen Toulmin, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning,* University of California Press, 1988. - Earl Winkler, "Moral Philosophy and Bioethics: Contextualism versus the Paradigm Theory", en Wayne Sumner y Joseph Boyle (ed). *op. cit.* - Albert Jonsen, "Morally Appreciated Circumstances: A Theoretical Problem for Casuistry", en Wayne Sumner y Joseph Boyle (ed.), *op. cit*. - Carlos Nino, "Liberalismo *vs.* comunitarismo", *Revista del Centro de Estudios Constitucionales,* No. 1, Madrid, septiembre-diciembre, 1988. - Manuel Atienza, "Juridificar la bioética", en Rodolfo Vázquez (Comp.), *Bioética y derecho,* Fondo de Cultura Económica-ITAM, México, 1999. - Florencia Luna, *Ensayos de bioética,* México, Fontamara, 2001.

Teorías, principios y reglas
3. Los filósofos de la tercera vía

Rodolfo Vázquez (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

El filósofo de la tercera vía: principios prima facie *y equilibrio reflexivo.* Con la expresión *filósofo de la tercera vía* no se pretende insinuar ningún compromiso de la bioética con propuestas políticas de moda, ni intentar jugar al papel de mediador. Por lo general este último no deja satisfecho a nadie y tiende a ser confuso en sus conclusiones. La idea de una tercera vía fue sugerida en un texto de Norman Daniels donde este autor manifiesta su asombro ante la riqueza de la disputa en el terreno de la bioética en torno a las teorías morales, los principios, las reglas y los juicios y acciones particulares. Después de haber trabajado durante los años setenta en los problemas de una teoría general de la justicia y en el desarrollo de una concepción amplia del equilibrio reflexivo a partir de una revisión de las ideas de John Rawls, Daniels concluye que, con relación a los problemas de medicina y salud, no es apropiado aplicar sin más la teoría general y resolver los casos como si se tratara de un ejercicio deductivo. Los principios de justicia en Rawls fueron construidos a partir de

un supuesto idealizado: personas capaces que especificarían los principios de justicia en el marco de una cooperación imparcial. Nadie se encontraba en situación de desventaja por razones de enfermedad o incapacidades físicas. Pero, entonces, ¿debía añadir la teoría de Rawls otro bien primario: la salud? ¿Qué debía entenderse por "aplicar" los principios de una teoría general? Daniels se figura el debate como si se encontrara en un campo de batalla y en el que como corresponsal realiza "un breve reporte desde la zona de guerra en la tierra de la bioética" (*The Land of Bioethics*). El campo de batalla está seccionado en diferentes niveles donde se ubican en las zonas altas los *uplanders*, bandas protegidas en torno a las teorías generales; abajo en el valle se encuentran los *lowlanders*, contextualistas y casuísticos, que desconfían de los lugares altos y se deleitan sintiendo el polvo y el pasto bajo sus pies; y en un lugar intermedio, en una serie de colinas fortificadas con principios y reglas, se encuentran los habitantes de *Middle Kingdom*. Es a los habitantes de este reino intermedio a los que, con fortuna o no, he llamado *filósofos de la tercera vía*: una zona de principios y reglas ubicada entre las teorías generales y las teorías particularistas. ¿Qué proponen los defensores de esta postura? Podemos comenzar por exponer, brevemente, la teoría de Tom Beauchamp y James Childress, distinguiendo para ello tres momentos sucesivos en el planteamiento de sus tesis: a) una teoría principialista, general y rígida que, con más o menos diferencias, se desarrolla en las cuatro primeras ediciones de su libro clásico (1979, 1983, 1989 y 1994); b) una propuesta moderada en la línea de un *equilibrio reflexivo* presentada por Tom Beauchamp, y c) una reestructuración del capitulado del libro en la última edición (2001), que incluye nociones como *moralidad común* (*common morality*), *especificación* (*specification*) y *ponderación* (*balancing*), así como la presentación de otras teorías éticas, además del utilitarismo y del kantismo, como el individualismo liberal, el comunitarismo y la ética del cuidado. Seguiremos analizando la contribución de Dan Brock, para concluir con la exposición y comentarios a un trabajo de Manuel Atienza. Con algunas divergencias menores y algún añadido anticipo mi acuerdo con esta tercera posición y, en especial, con la propuesta de Atienza desde la cual puede ofrecerse alguna respuesta a las preguntas ya formuladas sobre teorías, principios y reglas.

El principialismo de Beauchamp y Childress. Como es sabido entre los bioeticistas, la teoría de Beauchamp y Childress, hasta la cuarta edición de su libro, se estructura a partir de un orden jerárquico de justificación que va desde las teorías éticas generales hasta los juicios particulares pasando por los principios y las reglas. El capitulado sigue el mismo orden jerárquico de justificación. Después de una exposición de las diversas teorías generales, que en último término pueden reducirse a las consecuencialistas y a las deontológicas, el desarrollo principal recae sobre los principios; enseguida se dedica un capítulo a las reglas derivadas de las relaciones médico-paciente y, finalmente, concluyen con otro capítulo dedicado a una dimensión de la ética que tiene que ver con los ideales y las virtudes relacionadas con el carácter moral. Los principios, afirman estos autores, son más generales que las reglas y sirven para justificarlas. Las reglas están especificadas en los contextos y son más restrictivas en su alcance. Beauchamp y Childress parten del enunciado de cuatro principios fundamentales: autonomía o respeto a las personas, a sus opiniones y a elegir y realizar acciones basadas en los valores y creencias personales; no maleficencia, que obliga a no causar daño a otro; beneficencia, que exige prevenir o eliminar el daño y promover el bien; y justicia en el tratamiento igual de las personas a menos que entre ellas se dé una diferencia relevante. Por lo que hace a las reglas, pueden justificarse en un solo principio o en la combinación de varios. Ellas son las reglas de veracidad, privacidad, confidencialidad y fidelidad. Lo relevante para nuestros propósitos es que para Beauchamp y Childress los principios deben entenderse *prima facie* y no como absolutos, es decir, obligan siempre y cuando no entren en conflicto entre sí. Si resulta un conflicto, deben jerarquizarse considerando la situación concreta. No existen criterios para determinar la prioridad de un principio sobre otro, por tanto, el recurso final debe ser un consenso entre todos los integrantes, por ejemplo, de un comité decisorio. Dígase lo mismo de las reglas en tanto dependientes de los principios, con la diferencia de que así como los principios no pueden eludir cierta preferencia débil con respecto a alguna de las dos grandes teorías éticas (consecuencialista o deontológica), las reglas no pueden obviar ciertas disposiciones de carácter, ideales morales y virtudes personales en las relaciones médico-paciente, lo cual las acerca a las teorías particularistas. Entre otras virtudes se analizan la compasión, el discernimiento, la confiabilidad, la integridad y la generosidad. La teoría de Beauchamp y Childress ha representado, sin lugar a dudas, el punto de referencia obligado de los teóricos de la bioética, y también el blanco de ataque desde teorías generalistas y particularistas, en especial desde estas últimas. Cabe detenerse ahora en un artículo ya citado de Tom Beauchamp, que resulta especialmente interesante porque retoma algunas de las críticas y su respuesta lo acerca a la idea de un equilibrio reflexivo apartándolo de una concepción estrictamente principialista. Como vimos,

Beauchamp rechaza lo que él ha llamado una concepción *robusta* de los principios para adherir a una concepción *prima facie.* Lo que no es admisible en la concepción robusta, piensa este autor, es el carácter no exceptuable y fundacional de los principios, y opone a estos lo que con Rawls llama *juicios considerados*, ponderados o razonables. Un juicio es considerado si cumple con las siguientes condiciones: 1. que exista un *juicio* moral; 2. que se mantenga *imparcial*; 3. que la persona que realiza el juicio sea *competente*; 4. que el juicio sea *generalizable* a todos los casos similares, y 5. que sea *coherente* en tanto refleje una rica historia de adaptación a la experiencia moral generando credibilidad y confianza entre los individuos. Estas condiciones no son privativas de los principios ni de las reglas. Los juicios pueden darse en cualquier nivel de generalidad aun en los juicios sobre los casos concretos. Lo que se requiere es que a partir de su formulación se realice un proceso de ida y regreso, de abajo hacia arriba, y a la inversa, hasta encontrar un punto de equilibrio. Si este, por ejemplo, se ha alcanzado en un nivel muy particular, es suficiente, sin necesidad de tener que buscar algún principio más general justificatorio. Así, el juicio “los jueces no deben ser influenciados durante sus deliberaciones” en tanto reúne las cinco condiciones señaladas más arriba resulta un buen candidato para un juicio ponderado, sin necesidad de recurrir, o hacerlo descansar, en algún principio ulterior de justificación o en alguna teoría general comprensiva. Con este procedimiento, piensa el autor, se evitan los dos problemas más recurrentes que presenta la concepción robusta: el deductivismo y el distanciamiento de la moralidad común. La concepción *prima facie*, enfáticamente afirma Beauchamp, es enemiga, no amiga del deductivismo. Los principios *prima facie* no son instrumentos para deducir reglas o juicios no exceptuables. No existe ya una relación de dependencia sino de *interdependencia* entre las proposiciones. Más aún, los juicios ponderados, tal como se presentan, de acuerdo con el método del equilibrio reflexivo, son compatibles con la casuística y su tesis de los *casos paradigmáticos*. Para que un caso pueda ser comparado y “transportado” a otro caso, hasta dar con el caso paradigmático, es necesario algún nivel de generalidad y de imparcialidad y, en este sentido, la misma idea de *paradigma* contiene ya la de principio *prima facie.* En la quinta edición de su libro (2001), Beauchamp y Childress introducen algunas categorías epistemológicas y morales. Esta introducción significó la necesidad de reestructurar el contenido del libro. Con respecto a la idea de *equilibrio reflexivo* y las nociones de *especificación* y *ponderación*, buena parte de la reflexión retoma lo dicho por Beauchamp. Pero cabe centrar la atención en una de las nociones que resulta novedosa en el planteamiento de los autores –la idea de *moralidad común*– y que acerca su posición a la propuesta que defiendo aquí. En la línea de John Rawls, los autores han argumentado a favor de un equilibrio reflexivo que permita la justificación de decisiones a partir de lo que el propio Rawls ha llamado juicios ponderados, razonables o considerados. Esto permite evitar el extremo del universalismo principialista rígido y en extremo formal, así como el particularismo relativista y en el extremo, escéptico. Los juicios considerados tienen su fuente, no en los principios, ni en las reglas, tampoco en las disposiciones de carácter o ideales de virtud, sino en una *moralidad común*. Según Beauchamp y Childress todas las personas que se toman en serio el vivir una vida moral parecen compartir un núcleo de moralidad: saben que no hay que mentir o robar una propiedad, que hay que mantener las promesas y respetar los derechos de otros, que no hay que matar o causar daño a personas inocentes, y así por el estilo. Esta moralidad común es compartida por todas las personas en cualquier lugar; y si bien es cierto que en el discurso público este núcleo de moralidad se ha representado a partir de la noción de Derechos Humanos, no menos cierto es que tal núcleo se integra, también, por las obligaciones y las virtudes morales. ¿Qué caracteriza a esta moralidad común? En primer lugar, no se trata de *una teoría* más sino que *todas* las teorías de la moralidad común, por ejemplo, las propuestas por Frankena y Ross, descansan en creencias morales ordinarias y compartidas sobre los contenidos básicos, que no requieren apelar a la pura razón, a la ley natural o a un sentido común especial; en segundo lugar, todas las teorías de la moralidad común que no resulten consistentes con estos juicios morales de sentido común preteóricos (*pretheoretical commonsense moral judgements*) caen bajo sospecha, y, en tercer lugar, todas las teorías de la moralidad común son pluralistas, es decir, el nivel normativo general lo constituyen una serie de principios *prima facie* que los autores sintetizan en los cuatro ya conocidos: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Asimismo, la teoría de la moralidad común que proponen Beauchamp y Childress no supone que todas las *costumbres* morales califican como parte de la misma. Más bien, la normatividad general contenida en la moralidad común constituye la base para una evaluación y crítica de grupos y comunidades cuyas costumbres son deficientes en algún sentido. En síntesis, tal normatividad trasciende las costumbres locales y sirve de parámetro crítico para las mismas. Finalmente, el propósito de ambos autores en esta última versión de su pensamiento es unir la teoría de la justificación delineada más arriba en términos

de un equilibrio reflexivo con su concepción de la moralidad común. Por supuesto, no se pretende con esta estrategia resolver correctamente todas las situaciones moralmente conflictivas: queda un amplio espacio para el compromiso, la mediación y la negociación, pero sin duda ofrece un punto de partida que se coloca más allá o más acá, como se prefiera, de un absolutismo rígido de los principios, o de un particularismo que diluye toda posibilidad de una moral crítica.

El equilibrio reflexivo en Dan Brock. En la misma dirección epistemológica y moral del *equilibrio reflexivo*, se encuentra Dan Brock, quizás uno de los teóricos contemporáneos más importantes en el campo de la bioética. Brock comienza criticando tanto las posiciones generalistas como las particularistas. Las primeras por su deductivismo y las segundas por su rechazo de algún criterio racional e imparcial que permita dirimir los conflictos concretos. Pero más interesante es su defensa de un equilibrio reflexivo en términos de *consistencia* del propio razonamiento moral. Si bien es inaceptable partir de una teoría general independiente y establecida como la única verdadera, que mecánicamente se aplica para la resolución de los casos concretos, piensa Brock, lo cierto es que cualquier razonamiento en torno a dichos casos supone, implícita o explícitamente, fragmentos o partes de teorías generales. Precisamente, la consistencia en el razonamiento moral significa aceptar las implicaciones de las razones o principios a los que uno apela en la resolución de los casos particulares. Sucede con mucha frecuencia que las convicciones más profundas tienen que ver, no con un juicio o situación determinada, sino con principios generales, y con ciertas teorías implícitas. Así, por ejemplo, el principio de igualdad de oportunidades, característico de una teoría liberal, y de la moral y cultura política americana, en particular, ha sido usado para decidir sobre problemas concretos de inequidad en el acceso a los servicios de salud. Esta es, sin duda, una concesión que debe hacerse a las teorías generalistas. Pero es cierto, también, que tales convicciones pueden entrar en conflicto con otras convicciones igualmente generales, o bien, con juicios morales sobre casos particulares, y aun con la apreciación sobre los hechos empíricos, con respecto a los cuales tampoco hay consenso. Lo que se requiere entonces es alcanzar un equilibrio reflexivo en el que la revisión de los principios o de las convicciones individuales debe ser tal que permita al individuo conservar el máximo de convicción que sea posible. Brock se anticipa a una posible crítica. Tomar las convicciones como punto de partida para el equilibrio reflexivo, sean en un dominio particular o más general, que impliquen los valores de una comunidad y de una cultura determinada, ¿no conduciría a un conservadurismo moral, a un reforzamiento del statu quo? ¿No estamos finalmente en presencia de un subjetivismo relativista? De ninguna manera, piensa el autor, ya que en el proceso de revisión de las convicciones deben considerarse por igual, y críticamente, las mismas alternativas, por más radicales o aberrantes que ellas fuesen. Si al término de este ejercicio crítico se concluye en la incompatibilidad de dos juicios morales, entonces, sin duda debe asumirse una posición relativista, pero un relativismo que Brock denomina *justificatorio*. El debate entre subjetivistas y objetivistas termina resolviéndose, finalmente en favor del primero, si se comprende que al término del proceso deliberativo las teorías, principios y reglas dependerán de lo que cada individuo esté dispuesto a asumir e incorporar libremente en su vida. La elección de alguno de los dos juicios incompatibles es, sin duda, subjetiva, pero no arbitraria, sino justificada en una deliberación moral pública. Vale la pena hacer algunos comentarios a las posturas de Beauchamp y Childress y Brock. Con respecto a los primeros, el recurso al equilibrio reflexivo lleva toda la intención de tomar distancia de esquemas generalistas-deductivistas e incorporar los principios generales al discurso moral con un valor *prima facie.* Esto parece aceptable. Lo que no queda claro es cómo hacer compatible entre sí algunas de las condiciones que señalan ambos autores –especialmente Beauchamp en su artículo– para que exista un juicio ponderado. ¿Cómo es posible sostener al mismo tiempo la condición de imparcialidad con la de coherencia? Si la imparcialidad supone un punto de vista moral crítico que, por definición, requiere asumir una posición independiente de las situaciones particulares, y la coherencia solo es comprensible en términos de una adaptación de los principios a la moral positiva de una comunidad cultural determinada –por más "rica" que esta sea– entre ambas condiciones puede darse una incompatibilidad manifiesta. Ser imparcial podría significar, eventualmente, estar en contra de la moral positiva de una comunidad, es decir, ser a la vez, incoherente. Vale también la inversa. Pero lo que resulta más difícil comprender es que se exijan como condiciones del juicio ponderado la imparcialidad y la generalidad, y aun la propia coherencia, y a la vez, se sostenga que tales juicios no son dependientes sino independientes. Cualquier generalización requiere algún metacriterio para la comparación de los casos a menos que generalizar se reduzca a una simple enumeración y conteo de los mismos. Y esto no es lo que se propone. Con más razón en relación con la imparcialidad, con respecto a la cual el metacriterio se constituye en una razón justificatoria y, por tanto, exige establecer un vínculo de dependencia con el

juicio particular. La misma condición de coherencia demanda una relación de dependencia ente el juicio particular y un convencionalismo social, como criterio. Este tipo de críticas y, de manera especial, la necesidad de apelar a un metacriterio normativo, es lo que condujo a ambos autores a su concepción de una moralidad común –si bien, aún incipientemente presentada y defendida– muy cercana a las propuestas robustas de Manuel Atienza y de Ernesto Garzón Valdés con su concepción del coto vedado.

El equilibrio reflexivo como consistencia. Brock parte de una concepción del equilibrio reflexivo, no en términos de coherencia, sino de consistencia. Reconoce la relación de dependencia de los juicios particulares con los principios como razones justificatorias y, finalmente, la comprensión de una teoría general implícita en su elección. La defensa de un equilibrio reflexivo no tiene por qué reñir con principios justificatorios y, por tanto, con relaciones de dependencia. Esto parece ser correcto. Lo cuestionable de su propuesta es, por una parte, el criterio de corrección del equilibrio reflexivo, es decir, el criterio que afirma que se debe procurar conservar el máximo de convicción posible y, por la otra, lo que denomina, con poco acierto creemos, relativismo justificatorio. ¿Qué significa en el proceso de revisión entre principios y juicios particulares llegar al punto donde el criterio sea que el individuo, o los individuos, "conserven el máximo de convicción"? Resulta claro que si no hay conflicto, es decir, nadie tiene convicciones sobre juicios particulares o principios generales que choquen entre sí, no es necesario buscar un equilibrio. Puede ser que en el mismo proceso de deliberación desaparezca la convicción y entonces el conflicto quede resuelto. Pero si este persiste, no basta con proponer que se mantenga el máximo de convicción que sea posible, sino que se requiere algún criterio para determinar, precisamente, qué es lo máximo y qué es lo posible. Brock está consciente de que el criterio de corrección es insuficiente. Puesto que rechaza la posibilidad de un objetivismo ético, aun en los términos de un consenso sobre hechos empíricos, la vía que encuentra más aceptable es la del subjetivismo. No un subjetivismo arbitrario y conservador –puesto que tal subjetivismo es el resultado de un proceso de discusión pública en el que se han ponderado aun las posiciones más radicales–, sino justificatorio y, finalmente, individual. Y esto es lo que resulta confuso. Que al final de un proceso arduo de deliberación, en el que se concluye con juicios antagónicos, sea el individuo el que debe decidir qué opción seguir y cómo incorporarla en su vida, es algo obvio que un liberal no puede más que aceptar, pero no es este el problema que está en discusión. Estas decisiones en términos de autenticidad, sinceridad, hipocresía puede ser interesante analizarlas desde un punto de vista psicológico y social, pero no desde el punto de vista de una moral crítica. Aquí lo que se requiere son criterios morales que permitan decidir con alguna pretensión de corrección, imparcialidad y objetividad, con el fin de consensuar reglas que orienten y ordenen las conductas de los individuos. En este sentido, un subjetivismo justificatorio resulta ser una *contradictio in terminis.*

Referencias

Norman Daniels, "Wide Reflective Equilibrium in Practice", en Wayne Sumner y Joseph Boyle (eds.), *op. cit.,* pp. 96 y ss. - Tom Beauchamp, "The Role of Principles in Practical Ethics", en Wayne Sumner y Joseph Boyle (ed.), *op. cit.* - Dan Brock, *op. cit.* - Manuel Atienza, *op. cit.* - Tom Beauchamp y James Childress, *op. cit.,* 2001. - 1. Véase entre otros escritos, Ernesto Garzón Valdés, "Representación y democracia", en *Derecho, ética y política,* Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1993; y "Para ir terminando", en Cátedra Ernesto Garzón Valdés, ITAM-Escuela Libre de Derecho-Inacipe-UAM (Azcapotzalco), México, 2003.

3. Crítica latinoamericana

La construcción de una bioética latinoamericana, entendida como tal por sus autores, su problemática y su tradición normativa y cultural requieren someter a crítica la teoría tradicional. Y es esta crítica –junto a la creación emergente regional– la que configura y habrá de configurar las líneas que dibujan su figura constructiva.

Crítica y construcción en bioética. La crítica a las teorías éticas tradicionales, muy particularmente a las concepciones dominantes en bioética, va dirigida a su estructura y dinámica como una totalidad. Esto no significa rechazar los elementos particulares de las mismas que puedan formar parte o necesiten hacerlo en una bioética regional. Se trata, entonces, de una crítica a las concepciones usuales de la bioética, en tanto estas puedan suponer enfoques confusos, oscuros o falsos, con serias dificultades teóricas y prácticas, en general, y para quienes trabajamos la bioética en América Latina, en particular. Porque a diferencia de América del Norte y Europa, para pensar en dos regiones con las que se

tiene alto intercambio cultural, el marco institucional latinoamericano y sus realidades nacionales tienen particularidades contextuales que dan especificidad a las construcciones bioéticas. Hay varios ejemplos ya conocidos de ello: la postulación del concepto de doble estándar, la disociación entre bioética y Derechos Humanos, la minimización del lugar de la salud pública, el medio ambiente o la pobreza, han surgido como emergentes de la bioética angloamericana que la bioética latinoamericana ha debido discutir en los foros internacionales como cuestiones de justicia global. Aunque formalmente todos y cada uno de los miembros de la familia humana tengamos una conciencia moral (v.) semejante, y podamos aceptar el universalismo de los derechos humanos como moral compartida de nuestras diversas concepciones de la bioética, los contenidos de esa conciencia dependen de la educación y de la historia de moralidades e inmoralidades sobre la cual esa conciencia creció, de nuestros valores comunitarios y culturales, y de los hábitos viciosos o virtuosos que hemos practicado en tanto individuos y sociedades. Nuestras visiones, reflexiones y concepciones morales, en el marco respetuoso de la universalidad moral que nos une y relaciona con todo ser humano, requieren ser a la vez regionales. El respeto de nuestro vecino, luego del respeto a nosotros mismos, puede ser el primer ejercicio para el respeto del extraño. Una bioética en América Latina, si pretende constituirse en una visión sistemática de una ética de la vida, debe reconocer la necesidad de dar cuenta de los valores en juego en los casos particulares, identificar los principios éticos universales que se imponen en la práctica en salud y promover las virtudes éticas necesarias para obrar bien. El concepto de *mundo de la vida* al que hace referencia Habermas en tanto "acervo de patrones de interpretación transmitidos culturalmente y organizados lingüísticamente", resulta útil para comprender ese trasfondo sobre el cual ha de operar el discurso moral. En igual sentido, el contexto histórico y social (v.) y el abordaje casuístico son esenciales a una bioética crítica porque no puede concebirse una exigencia de la misma que no surja en una realidad concreta. El mundo de la vida no es la sociedad (v.) porque la sociedad es a la vez *mundo de la vida* (perspectiva interna de los sujetos que interactúan en sociedad) y *sistema* (perspectiva externa de la estructura sistémica de la racionalidad técnica y las instituciones). Pero el contexto más amplio imaginable de una sociedad tradicional es la figura formal de su organización como Estado nacional y el de su organización, historia y cultura regional. Y esto aún presuponiendo su dialéctica de reducción de otros contextos, como el de las diversas comunidades particulares de valores sin pretensiones de una organización nacional. En este sentido es que ya hemos señalado las incoherencias que encierra la pretensión neopragmática de medición del significado de los conceptos éticos (v.) por su utilidad. Una bioética crítica ha de construirse entonces de lo particular a lo general y a su vez de lo general a lo particular en una dialéctica continua.

Términos críticos para una definición de bioética. Un ejemplo posible de ejercicio crítico se encuentra en la discusión de una definición de la bioética cuya versión escolástica ya hemos señalado (v. *Teoría tradicional*). Así sucedió, por ejemplo, en los debates para la construcción de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (Unesco, 2005). La imposibilidad de alcanzar entonces un acuerdo sobre la definición de bioética entre las posiciones de bloques regionales de países ricos y pobres mostró la magnitud de la diferencia entre opinión establecida y opinión crítica. Pero también se pueden enumerar varios enunciados que sin duda forman parte de una confrontación similar en orden a una definición de la bioética. En ese sentido puede afirmarse: 1. La bioética es un conocimiento que trata de opiniones verdaderas justificadas y no de opiniones simples que pueden darse en cualquier discusión sin razones adecuadas, o de opiniones dogmáticas que reclaman la aceptación de verdades indiscutibles, sean estas profesionales, políticas, religiosas o de otra índole. En este sentido, la crítica de una racionalidad dialógica en bioética no se plantea en términos de análisis de la utilidad de los constructos lingüísticos, sino de los criterios de su veracidad en el mundo subjetivo, de su rectitud en el mundo social y de su verdad en el mundo objetivo (v. *Ética instrumental*). 2. La bioética es un conocimiento que trata de la conducta, la acción o las operaciones de agentes humanos, por ello es un conocimiento práctico, ya que el saber teórico o especulativo solo tiene interés para la bioética en tanto puedan encontrarse los usos y significados que lo transforman en saber operativo. El concepto de *acción* tiene afinidad, según Bernstein (1971), con otros conceptos, como intención (v. *Intención y responsabilidad*), propósito, teleología, motivos, razones. De allí que una bioética crítica ha de reflexionar sobre la veracidad, rectitud o verdad de las manifestaciones simbólicas con que los actores se mueven en el mundo de la vida, pero teniendo en cuenta precisamente que la dimensión simbólica de las acciones supone dejar de lado todo supuesto de análisis *neutro* de las mismas. Por eso la bioética es un conocimiento de *acciones racionales*, en la medida en que estas acciones puedan ser criticadas y fundamentarse, y en tanto puedan reducirse las múltiples dificultades reconocidas de una perplejidad para llegar al conflicto esencial de un problema ético (v. *Legitimidad*). 3. La bioética es una disciplina normativa (v.

Bioética jurídica) en tanto prescribe cómo deben ser el obrar o el pensar sin detenerse en una mera descripción de los hechos o en un relativismo de la acción. Por tanto, podemos entender a la bioética como orientación a un fin diferenciado, que es el bienestar individual y social, viendo a la misma como un movimiento de transformación social para resolver problemas o hallar soluciones y tomar determinaciones que cambien un orden dado (v. *Bioética de intervención*). En este sentido, la introducción en América Latina, en especial durante los años noventa, de concepciones bioéticas que procuraban la educación, la consulta o la actividad política y normativa en la bioética regional, como si fuera igual que educar, analizar casos o elaborar normas en otras regiones, no podía sino ser sometida a una rigurosa crítica. 4. La bioética es una búsqueda para resolver los problemas con rectitud, conociendo y decidiendo con prudencia, y pretendiendo cambiar un orden dado no solo con la verdad científica o con la eficacia de la técnica, sino también con la corrección moral de las acciones (v. *Ponderación de principios*). Por eso, por ejemplo, el despliegue global del complejo tecnocientífico y comercial de las corporaciones farmaceúticas ha sido fuertemente criticado en la región. 5. Puede decirse, aun con todo lo utópico que esto pueda parecer, que la bioética es una búsqueda de la rectitud mediante el entendimiento, en tanto este consiste en un ordenamiento armónico intersubjetivo e idéntico de datos en confianza mutua (v. *Bioética y complejidad*), compartiendo un saber y alcanzando un acuerdo acerca de cómo actuar correctamente en un contexto dado, por parte de los sujetos que actúan para resolver problemas. Por eso la bioética no puede ser influencia, manipulación, engaño o discusión de hechos aislados, sino verdadera cooperación por el bien individual y social. También por eso una bioética crítica no puede sino atacar toda conducta contraria a la realización del bien común. 6. La bioética se ocupa de atender las demandas por necesidades o los pedidos de satisfacción de todo aquello que forzosa e involuntariamente impide a alguien ser libre de juzgar preferencias, ejercer la voluntad y convertirse en sujeto con responsabilidad moral (v. *Bioética de protección*). Por eso se ocupa de responder a la necesidad en tanto malestar ante la realidad que encuentra límites de satisfacción en objetos reales, pero no se ocupa del deseo en tanto búsqueda de bienestar absoluto generado en fantasías inconscientes que no tengan límite alguno de satisfacción a su demanda. Una bioética crítica ha de estar atenta entonces a la especial vulnerabilidad y a toda vulneración del sujeto humano. 7. La bioética es una ocupación de reflexión moral e intervención tanto frente a los problemas generados por las respuestas tecnológicas del curar como ante las respuestas interhumanas del cuidar. Por tanto, la bioética se interesa no solo por la acción científico-tecnológica, sino también por la acción interhumana ante esos problemas (v. *Cuidados en salud*). 8. Finalmente, puede agregarse que la bioética es una ocupación frente a las necesidades de la vida y la salud biológica u orgánica, pero en tanto esas necesidades problematizan el vivir práctico o moral comunitario de los individuos en sociedad y en su medio ambiente. En ese sentido, es una ocupación para resolver problemas de individuos y de poblaciones, por eso es tanto clínica como social y ambiental, aun cuando diferencie la responsabilidad moral de los profesionales (v. *Profesiones de la salud*) de la responsabilidad moral de las instituciones.

¿Qué significa hablar de bioética latinoamericana? Desde esa crítica, la bioética latinoamericana ha de construirse desde los valores de la moral comunitaria para que resulte una *moral común* que señale como exigencia aquellos deberes morales que en el curso de la historia regional han ido reconociéndose como universales. Pero también ha de ser una moral localizada en espacios contextuales lo que nos permita pasar de lo que la razón encuentra como acción moralmente indicada hacia el mandato moral efectivo de nuestra conciencia que nos lleva a actuar de uno u otro modo. Es en ese espacio de la conciencia individual donde reside el ámbito de libertad última en el que la ética se nos impone con sus límites absolutos, intransferibles y no negociables. Límites a los que debemos sujetarnos porque es esa convicción de la conciencia, la que al expresarse como exigencia a las instituciones, y en modo particular a la mayor institución que es el Estado, la que abre el camino de la responsabilidad (v. *Intención y responsabilidad*). Ya que si bien todo reclamo en bioética supone una exigencia de cumplimiento de responsabilidad institucional, a la vez supone una obligación autoimpuesta de responsabilidad individual en hacer lo mismo que se exige. La bioética regional ha de construirse entonces de lo particular a lo general y a su vez de lo general a lo particular, en una dialéctica continua porque es en la exigencia de individuos particulares a las instituciones desde donde se verifica la realidad imperativa de su cumplimiento, pero es en la acción del Estado desde donde se verifica el grado de respeto a esos deberes. En la bioética regional podremos ver no solo un sistema moral desde donde construir una ética de la vida, sino también el reconocimiento de la historia como constitución misma del deber moral. De modo tal que no podamos imaginar una sociedad librada a un puro pragmatismo que pretenda la reducción de las personas a los hechos de una racionalidad de la eficacia en lugar de construir el concepto de eficacia con relación

al grado de Desarrollo Humano alcanzado por los individuos en la comunidad. La bioética regional ha de ser casuística porque no puede concebirse en abstracto, sino surgiendo en situaciones concretas particulares, pero a la vez debe aceptar y reconocer los principios éticos universales consagrados en los derechos humanos porque ellos son el reconocimiento institucionalizado de aquellos deberes intransferibles, no negociables, absolutos y universalizables que se exigen moralmente. La bioética regional no ha de presuponer una existencia intemporal de los deberes como si se tratara de la reformulación racionalista de una moral teológica, sino que ha de proponer una construcción histórica por la cual el imperativo que indica la convicción (v.) se materialice en la exigencia de responsabilidad, y con ello convierta a los actores morales en sujetos que actúan asumiendo para sí mismos la responsabilidad que exigen de las instituciones.

[J. C. T.]

América Latina y bioética

Hernán Neira (Chile) - *Universidad Austral de Chile*

Los problemas de bioética son inseparables de la cultura y del lugar geográfico donde surgen. Por ello, el único modo realista de abordarlos es una aproximación de conjunto, que involucre multitud de disciplinas. Muchas veces en bioética el camino más corto es el de más largo recorrido, porque es mejor seguir los meandros de una ruta larga que ir en línea recta pero dejando de lado lo fundamental. La bioética, por tanto, para cumplir su finalidad, toma en cuenta la historia, la cultura y las condiciones donde el problema surge, condiciones que se reúnen en un lugar, en un país o en un continente. Además, como muchos de los problemas de bioética superan las fronteras nacionales, la bioética debe tomar en cuenta el territorio, considerado según unidades biológicas y culturales donde conviven múltiples especies.

Bioética, disciplina reciente en América Latina. Algunos problemas de bioética se plantearon, con otras perspectivas, desde la llegada de los europeos al continente. Debe considerarse que, a diferencia de lo que sostienen algunos análisis desconocedores de la historia, desde el primer momento de la Conquista surgieron entre los conquistadores voces que criticaron duramente la actividad de sus compatriotas. Esas voces fueron desoídas en la mayoría de los casos, pero no en todos. Los aspectos bioéticos planteados durante el siglo XVI en América tuvieron que ver especialmente con la relación entre los europeos y la población indígena, generándose un amplio espectro de saberes y doctrinas que pretendieron comprender y regular dicha relación, sin daño para la población local. ¿Era legítimo hacer una guerra de Conquista? ¿Se podía esclavizar a un grupo humano so pretexto de que es inferior? ¿Se puede imponer una religión por la fuerza? Entre los autores más destacados puede mencionarse a fray Bartolomé de las Casas, al jesuita Joseph de Acosta y a fray Francisco de Vitoria. Este último nunca pisó América, pero eso no le impidió desarrollar la teoría de la *república universal*, que tolera la diversidad de costumbres y gobiernos sobre la tierra, sin conceder derechos a uno sobre otro, aun cuando él estaba convencido de la superioridad de la religión Católica. Esas primeras tradiciones bioéticas no abordaron la relación entre los humanos y los demás seres vivos, centrándose solo en los primeros. Los aspectos éticos del vínculo entre los seres humanos y los demás seres vivos comenzaron a plantearse en América Latina solo a partir de la segunda mitad del siglo XX, por influencia de autores como Aldo Leopold, quien desarrolló el concepto de *ética de la tierra* (*land´s ethics*) y cuyos escritos sirvieron de inspiración para la creación de los parques nacionales o áreas silvestres protegidas en muchos países americanos. También influyeron filósofos que cuestionaron globalmente la sociedad posindustrial, como Herbert Marcuse, ampliamente leído en América Latina, si bien la tradición marxista principal no tomó en cuenta los temas de bioética en América Latina. Solo a fines del siglo XX se genera una tradición bioética autónoma y que merezca ese nombre en América Latina, motivada por la amplitud de los principales problemas ambientales, aunque sin límites disciplinarios claros. A ello contribuyen, también, trabajos de conservación biológica, de socioecología y de ética. También, en esa época, surgen en las universidades algunos cursos de bioética y cursos interdisciplinarios sobre temas ambientales y, por primera vez, los donadores de fondos de investigación estatales o privados exigen que los proyectos cumplan con el visto bueno de comités de ética o bioética.

Problemas de bioética y Derechos Humanos. Algunos de los principales problemas de bioética en América Latina son la deforestación, el adelgazamiento de la capa de ozono, la construcción de represas, la instalación de plantas de celulosa de papel, la consideración de la naturaleza como un medio al servicio del ser humano, la ausencia de consideración a la sensibilidad de los animales, la

contaminación de tierras, aire y aguas por la minería y la polución atmosférica por automóviles. Estos tienen, paralelamente, un trasfondo social en la medida en que los más pobres sufren más las consecuencias de ello y se benefician menos. La mayoría de estos problemas tienen repercusiones trasnacionales y no pueden ser limitados a las fronteras de un país. Desde el punto de vista jurídico, en América Latina se ha ido evolucionando hasta al menos discutir la existencia de una *tercera generación* de Derechos Humanos. La primera generación es la de los derechos civiles y políticos; la segunda es la de los derechos sociales y económicos. La tercera generación de Derechos Humanos, en cambio, está referida al medio ambiente. Abarca desde el derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación, como estipula la Constitución de la República de Chile, a la suposición de que todos los seres vivos, no solo los humanos, poseen derechos. Esta tercera generación es la más polémica de todas, pues se le critica que carece de sujeto nítido que reivindique su derecho y al mismo tiempo no existe un objeto claro sobre el cual reivindicarlo. ¿A qué sujeto individual, colectivo o político le corresponde reclamar, por ejemplo, por la destrucción de la capa de ozono? ¿A quién hacerle la exigencia? ¿Qué autoridad se pronuncia sobre la validez del reclamo? ¿Dónde comienza y dónde concluye el objeto "capa de ozono" y en qué umbral se fija su carácter de "destruida por la contaminación"? ¿Puede ser sujeto de derecho un animal que no puede defenderse por sí mismo ante los tribunales, no conoce su situación jurídica y requeriría una especie de tutor o representante ante ellos?

Complejidad de los argumentos como problema de bioética. La complejidad de los argumentos especializados puede convertirse por sí misma en un problema de bioética al generar una situación de incomprensión de los verdaderos alcances de la situación planteada en relación con las poblaciones humanas, animales o vegetales. Los argumentos científico-técnicos con que a veces algunas grandes empresas o el Estado respaldan sus decisiones suelen ser de una complejidad que los hace incomprensibles para la población, para los políticos o para los organismos controladores del mismo Estado, que no cuentan con medios para contratar personal con la calificación necesaria para analizar dichos argumentos. A ello se suma que a menudo las localidades donde se instalan algunos grandes proyectos con repercusiones bioéticas suelen dejar a sus autoridades y organismos fiscalizadores en una posición de debilidad, por ser estas incapaces de argumentar al nivel requerido. Los Estados, además, tienen legislaciones que la población percibe como excesivamente permisivas a los intereses del lucro empresarial, con lo que las poblaciones suelen experimentar una impotencia política junto con otra técnica para comprender u oponerse al problema bioético planteado.

Legitimidad bioética vs. legitimidad teórico-técnica. Los argumentos bioéticos nunca son técnicos, sino de carácter ético. La ética tiene por base los acuerdos para la acción, racionalmente obtenidos, sin presiones indebidas. Su finalidad es normar las conductas y establecer los castigos a quien escapa de dichas normas. Su carácter es práctico porque dice lo que se debe o es legítimo hacer. Los argumentos técnicos, en cambio, no tienen que ver con valores y acuerdos para la acción, sino con los medios y teorías que se requieren para llegar al objetivo. Lo práctico es que una comunidad decida hacer un puente; lo teórico, los cálculos, los teoremas sobre la resistencia de materiales, etc. En América Latina se da una tendencia, mayor que en otros continentes, a considerar que las normas prácticas (aquello que se acordó legítimo hacer, aquello que las tradiciones permiten o prohíben, etc.) son despreciables en relación con los argumentos técnicos. En otras palabras, se desprecia la discusión que hace legítima o ilegítima una acción por el simple hecho de que existen los teoremas y teorías que permiten la realización técnica de un objetivo.

Pueblos originarios, pueblos inmigrantes. El continente es fruto de una convivencia, a veces forzada, entre múltiples comunidades. Algunas de ellas exigen ser declaradas *originarias*. Ello es legítimo, a condición de aclarar que no existe lo originario absoluto en América, pues los pueblos nativos desplazados por los europeos habían desplazado, a su vez, a otros pueblos previos, de forma que América se constituye por sucesión de capas culturales y humanas donde difícilmente pueden establecerse privilegios absolutos. Además, lo originario absoluto, incluso si fuese posible establecerlo, no bastaría para constituirse, por sí solo, en criterio de resolución de una controversia bioética. Dado que no es posible establecer lo originario absoluto, los problemas de bioética humana en América Latina, cuando involucran a poblaciones indígenas, han sido resueltos casi siempre en perjuicio de estos. Solo a fines del siglo XX se estableció cierto equilibrio con una combinación variable entre, por un lado, principios generales de justicia e igualdad y, por el otro, privilegios a uno de los pueblos que componen cada país. Lo fundamental es que la solución se dé sobre la base de acuerdos democráticos que respeten las mayorías nacionales y también la diversidad de las minorías. La diversidad de comunidades debe entenderse como un hecho que enriquece a todos, rechazándose el neoracismo, ya sea criollo, mestizo, negro o indígena, y

asegurando que no se prive a ninguna comunidad de los medios mínimos para mantener su vida y su cultura.

La presión por el desarrollo. Amplios sectores de la población plantean el *desarrollo* como tarea prioritaria en América Latina, argumentándose que el continente debe seguir una ruta similar a la de los países occidentales del norte del planeta. Por desarrollo se entiende un aumento de las transacciones económicas y el incremento paralelo de medios técnicos para la realización de la vida cotidiana (máquinas, caminos, etc.). Poner a disposición de la población máquinas y medios satisface algunas necesidades de la vida, pero crea otras, a veces mayores. Por ello se forma un círculo vicioso, según el cual cuanto más se fabrican máquinas y medios, más medios y máquinas se requieren para satisfacer las nuevas necesidades. Ello incrementa las transacciones y es bien visto por las autoridades económicas convencionales. Con ello las autoridades políticas y económicas transforman el incremento del consumo en el principal objetivo de la población y de los países. La debilidad de las tradiciones facilita en América Latina la penetración de estas innovaciones, es decir, del desarrollo, ante las cuales las consideraciones bioéticas parecen subordinadas, muchas veces, también para la población que sufre sus consecuencias de aquel. Además, la carrera por consumir siempre más despoja al ser humano de los beneficios del progreso tecnológico-científico, que hace posible, en la etapa actual, un rendimiento del trabajo tan alto que permitiría vivir mejor con menos trabajo, a condición de que el objetivo de la sociedad dejara de ser el incremento indefinido del consumo.

Situación de los animales. A pesar de la incipiente discusión sobre los derechos de los animales, todavía son considerados, al igual que el conjunto de la naturaleza, como un medio para el beneficio humano. La combinación de argumentos religiosos según los cuales la naturaleza está al servicio de la humanidad, junto con las ideas cartesianas de que los animales son como máquinas, hace difícil aceptar entre políticos y entre quienes toman las decisiones el hecho, hoy probado, de que los animales tienen una sensibilidad y emociones, en algunos casos, cercanas a las de los humanos. La idea de que el ser humano es uno más entre los miembros de la naturaleza y que, por tanto, es parte de ella y no señor de ella, se enfrenta a prejuicios religiosos y teóricos no justificados. Solo sectores minoritarios de las religiones cristianas y de los sectores empresariales existentes en América Latina se han abierto a considerar que los animales tienen intereses y derechos dignos de ser considerados. Resultan incomprensibles algunos prejuicios religiosos en contra de los animales. En realidad no hay contradicción entre el cristianismo y la idea de que el ser humano es parte de la naturaleza. Con esta idea es que el ser humano puede y debe transformar la actitud de explotación y destrucción en otra de reconciliación y colaboración. Se ha establecido el prejuicio de que el mejor alimento proviene de las carnes (de mamíferos, aves y peces). Este prejuicio se origina en la mentalidad ganadera de los conquistadores y posteriormente de la aristocracia criolla. Ambos promovieron la sustitución de tierras agrícolas por otras de crianza, que daban mayor rendimiento financiero, pero menor rendimiento en relación con la cantidad de terreno, agua, energía y proteínas que requiere su producción o que podía obtenerse mediante el consumo de productos vegetales. La disminución del consumo de carne y su sustitución por productos vegetales o animales pero que no impliquen matar o torturar a los animales mejoraría globalmente la situación alimentaria en América Latina, con beneficio de la población y del medio ambiente. Los injustificados prejuicios favorables al consumo de carne, sin embargo, están tan arraigados e involucran tantos intereses financieros y costumbres que solo recién se comienza a plantear como problema de bioética.

Carácter político de los grandes proyectos ingenieriles. ¿Por qué algunos grandes proyectos ingenieriles son políticos y no solo técnicos o económicos? Porque implican grandes cambios en la forma de vida y valores en los lugares donde se instalan. Esta modificación, cuando existen estructuras democráticas, solo debiera darse por medios propiamente políticos o culturales, en los cuales se debate y se resuelve sobre el tipo de vida que se desea llevar y por qué medios. Ahora bien, un proyecto empresarial que modifica el tipo de ocupación de la tierra o de actividades humanas, animales o vegetales, impone una nueva forma de vida y nuevos valores. La evaluación de esos cambios, por tanto, no puede ser solo económica, sino necesariamente bioética, lo cual incluye aspectos políticos. Entre estos aspectos, debe tomarse en cuenta que en América Latina las diferencias sociales y geográficas son más amplias que en otros países. Los beneficios de las nuevas tecnologías se concentran en pequeños sectores de la población, pero las consecuencias negativas y externalidades se distribuyen en sectores más amplios y casi siempre geográficamente lejanos de los primeros.

Referencias

Aldo Leopold, *A Sand County Almanac and Sketches Here and There* (1949), New York, Oxford University Press, 1987. - Herbert Marcuse, *El hombre unidimensional* (1954), Barcelona, Seix Barral, 1968. - R. Primack, R. Rozzi, P. Feinsinger, R. Dirzo y F. Massardo (editores), *Conservación*

biológica, perspectiva latinoamericana, México, Fondo de Cultura Económica, 1999. - Leonardo Boff, *Ecología, el grito de la tierra, grito de los pobres*, Buenos Aires, Ediciones Lohlé-Lumen, 1996. - Peter Singer, *Animal Liberation,* New York, Avon Books, 1991.

Ética instrumental

Susana Barbosa (Argentina) - *Universidad Nacional del Sur*

La bioética y la ética aplicada ocupan un lugar prominente en el discurso filosófico del Cono Sur de las últimas décadas. Paralelamente, la emergencia de sociedades, círculos y centros filobioéticos ha dado marco institucional al discurso predominante, marco a partir del cual le adviniera la necesaria legitimación. El giro ético que inaugurara el discurso de la racionalidad universal parece haber encontrado en el Cono Sur un alineamiento inmediato. La cuestión que inicia este aporte es la que pregunta, desde una historia crítica de las ideas filosófico-prácticas, por la urgencia de la ética en nuestro medio, allende el formato vigente en el discurso de las sociedades centrales. Y ello abre el planteo a una sospecha de instrumentalización que del discurso ético central se actualiza cotidiana y casi acríticamente en nuestras prácticas y saberes.

De los efectos de un discurso ajeno. En 1974 el Congreso de los Estados Unidos avala la creación de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research con el objeto de identificar ciertos principios éticos básicos que debían regir toda investigación con seres humanos en las "ciencias del comportamiento" y en la biomedicina. Luego de cuatro años de trabajo, la Comisión divulgó los resultados en el *Belmont Report*, informe considerado piedra fundante de principios éticos mínimos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. El surgimiento de la bioética se relaciona así estrechamente con la investigación científica. En los años ochenta, el horizonte democrático en Nuestramérica pareció constituir el contexto preciso para la configuración de un discurso ético y bioético propio que, alejado de la práctica histórica de malenquistarse en el discurso del otro, pudiera generar sus urgencias en voz alta. En los años noventa y en lo que va del siglo XXI, sin embargo, parece que la consolidación de ese discurso se ha detenido. Como puntualizaciones formales llama la atención que la jerga bioética contenga todavía hoy innumerables términos y expresiones traducidas y que siga traficando libremente conceptos filosóficos de marcada gravitación histórica que no pueden ser ignorados. En modo explícito y debido al carácter eminentemente interdisciplinario de la bioética y a su pretensión de oficiar de puente entre las ciencias de la vida y los individuos, la terminología filosófica básica convive con la de otro tipo como la terminología médica, jurídica, biológica. En trabajos de autores argentinos y otros latinoamericanos, sean jueces, médicos, educadores o filósofos, suele atribuirse, por ejemplo, el concepto razón instrumental y el de responsabilidad a autores españoles de los años setenta del siglo XX, ignorando que Max Horkheimer, que influyera en concepciones crítico-filosóficas alternativas en nuestra región, acuña ambas nociones entre los años cuarenta y cincuenta. Sin pretensiones descalificatorias absolutas o miradas reduccionistas que recepten en clave ligera los discursos de filosofía en bioética, conviene llamar la atención sobre otro punto. Desde Aristóteles la ciencia es ciencia por la transmisibilidad de la teoría, y es su práctica la que se basa en la comunicabilidad de aquel corpus teórico. Las prácticas locales de algunos bioeticistas no alcanzan la condición de ciencia en sentido tradicional. Y ello por su característica específica que se da en el balanceo permanente entre una casuística indefinida y una seudoteoría que se reduce al comentario de los casos cuyo nivel alcanza el de un periodismo de divulgación científica. Si bien este nivel no es un demérito, tampoco ha de confundirse con la ciencia misma; corresponde a cierto orden de comunicación y publicidad de la ciencia. Asimismo, señalemos que, tal como apropiáramos el castellano para y por nuestros usos hablantes, existe cierta significación aceptada de los ismos, que alude irremisiblemente a un desborde o desmesura. En este sentido eticista, para nuestros usos comunicativos prebioéticos, sería quien utiliza en exceso su interés de conocimiento y no quien detenta las competencias para intervenir en el control de la vida, la práctica médica, el cuidado del medio ambiente o los derechos personalísimos de nuestro código civil. En la abundante bibliografía norteamericana y europea que se cita de acuerdo con las convenciones establecidas por las asociaciones médicas, biomédicas y bioéticas, en más del cincuenta por ciento se refiere a reglamentaciones, propuestas de leyes del Congreso o el Senado de Estados Unidos, reportes parciales o totales de investigaciones en curso, disposiciones provinciales o municipales. Esta batería de apoyo, que alcanza cierto perfil cientificista por las referencias documentales, en verdad pone de relieve el legalismo dominante en las prácticas de los filósofos prácticos de Estados Unidos, legalismo que no es otra cosa que la huida de la teoría. Sumado a lo anterior y en clave de patética paradoja, el mentado pragmatismo de la ética nueva muchas veces apenas roza el orden justificativo de la más crasa improvisación, que nada tiene que ver con la creatividad. Y ello debido a cierto prejuicio instalado en

los circuitos educativos nacionales argentinos que históricamente se enfrentara al pragmatismo originario por sus efectos y consecuencias. Preguntamos entonces, ¿cómo revertir esta ambivalencia instalada en nuestra estimativa que hoy nos compulsa al apego de lo que otrora denostáramos? Recordemos que hasta hace poco menos de una década, a excepción de los graduados en disciplinas relacionadas con la educación, en ningún grado del sistema educativo formal se incorporaban conocimientos relativos al primer pragmatismo norteamericano. El hecho de que hoy, y a partir de Rorty, se eche mano de James, parece un contrasentido, pero es apenas un vacío "contenidista" que revela el vínculo estrecho de la educación con la política.

Derechos Humanos y valores trascendentales. La ponderación de los problemas bioéticos en la agenda del debate público en la región, especialmente en relación con los Derechos Humanos, ha mostrado un manifiesto desequilibrio hacia dos o tres valores postergando el resto. Así, el espacio ocupado por el problema del consentimiento informado en las publicaciones pertinentes aventaja a los de reproducción humana responsable, protección y sostenimiento vital, identidad personal, familiar o comunitaria, integridad y vulnerabilidad individual y social, y disponibilidad de la salud pública. Pero si se tienen presentes los derechos fundamentales y su entrecruzamiento con los valores trascendentales, así como el derecho al consentimiento informado corresponde a cierta expectabilidad del valor libertad, el derecho a alcanzar un proyecto de vida ligado a una identidad sexual y de género corresponde al valor identidad. Parece, en suma, que los derechos puestos en agenda para el debate no responden a urgencias específicas de la comunidad, sino a requerimientos de las políticas sociales que aparecen o desaparecen según los programas electoralistas. Así, el problema de la donación de órganos es calificado como importante y puesto en primer plano por la adenda del discurso político, produciendo con ello el ocultamiento de la urgencia de debate de temas como el respeto del sostenimiento vital (derecho correspondiente al valor vida) y el de identidad personal (valor identidad), derechos ambos arrasados con la creciente exclusión social que culmina en la nuda aniquilación individual y personal.

Éticas por mandato, cultural studies *y altruismo sustitutivo de la justicia.* En la última década proliferaron las aproximaciones teóricas a los *cultural studies*, proliferación que respondía menos a una urgencia local o regional que a un mandato exterior. El término *cultura* fuera del límite de la antropología tuvo un recorrido desgraciado en las ciencias sociales y en las humanidades. En las sociales adquirió el tinte difuso de lo que no quiere incluirse por ser sospechado de vulgar; en las humanidades pudo rescatarse en el último tiempo, pero siempre con un adjetivo capaz de determinar su extensión indefinida, como *cultura política*, *cultura científica*, *cultura humanista.* En estas disciplinas, *cultura* también se asociaba con algo similar a lo que en décadas anteriores circulara como ideología. La ética, de la investigación, de la ciudadanía y la política, cuidó el seguimiento obediente de los intelectuales y profesores locales del nuevo formato que ahora aceptaba la *cultura.* Los *cultural studies* se relacionan con las políticas de la diferencia y de la identidad instrumentadas por la *inteligentzia* estadounidense y europea, lugares donde se volvieron urgentes para justificar y legitimar las teorías del capitalismo tardío y de la globalización. Los *cultural studies* tienen ahora su secuela francoimperial en los estudios de la *diversité culturelle* a partir de los procesos de *mundialización.* Si *global* es un término de la matemática –René Thom–, *mundial* es un viejo término remozado que porta una doble remisión: a la vuelta del sujeto y al continente *caché*. ¿Por qué a la vuelta del sujeto? Porque es el sujeto el que tiene un *mundo* –tal como en filosofía lo mostrara por primera vez Schopenhauer y al que siguieran Husserl, Stein, Schudz–. ¿Por qué *mundial* remite también al continente *caché*? Porque es el espíritu europeo, desasosegado ahora nuevamente, el que necesita acceder al continente que ocultara en 1492. Los autodenominados *estudios poscoloniales* aspiran a colocarse más allá y por encima de la divisoria dominadores-dominados y en ello reside, según pretenden, su novedad. Estos estudios, ubicados ahora en Estados desestatalizados, en sociedades postradicionales y con culturas en diversidad, inauguran la llegada a una alteridad asistible. No es la compasión ni la caridad lo que las mueve, tampoco la promoción de la justicia, sino el altruismo y la filantropía. Es un nuevo *humanismo*, el mundial, que se coloca en el polo opuesto del capitalismo globalizante para integrar lo diverso.

Desinstrumentalizar la ética. El discurso académico y político europeo padece el viejo temor de la desoccidentalización, y a partir de ello instaló (París, 12/09/2001) el inédito derecho de la defensa preventiva ante el terrorismo internacional. Además de retrotraer las relaciones internacionales a un punto anterior al Estado nacional y de atentar contra el sistema democrático, reinstala el tema de la seguridad nacional que tan gravemente afectara al Cono Sur en los años setenta. Debido a que Nuestramérica tampoco es Occidente para la vieja Europa, que ahora parece plagiar las prácticas intervencionistas imperiales de Estados Unidos, es compulsiva nuestra premura para consolidar un discurso filosófico práctico propio que

no se desentienda de la justicia en primer término, que atienda a la configuración de lo público y los bienes de la vida buena, que estime la moral del sentimiento. Esta moral, tanto como las éticas materiales, no encuentra un lugar de respeto ni seguidores en cantidad en el discurso bioético profesional, pues en el momento de la argumentación escapan a los principios de fundamentación. Paradójicamente, ello puede constituir no un *déficit*, sino un gesto por el que los sentimientos morales, los fines últimos y los valores materiales se aparten de todo procedimentalismo ético, de toda ética instrumental. Porque, ¿desde qué teoría ha de justificarse la salud como un derecho humano básico? La desinstrumentalización de la ética genera una perspectiva capaz de separar los intereses efectivos de los individuos de aquellos politizados. Su competencia es saber que el tema de la ablación de órganos y los motivos por los que las personas se muestran renuentes a la donación de partes de su cuerpo genera controversia, y es un motivo politizado por la dirigencia gubernamental. La competencia de la ética desinstrumentalizada no permite que los intereses de la biomedicina se pongan por encima del acceso a la salud de los individuos y sabe que el avance de la tecnociencia interesa en un contexto de desarrollo tecnológico que no es el que corresponde a nuestra realidad. Su mirada también depura la jerga discursiva bioética de los filósofos prácticos y no vicia nuestra lengua con expresiones como *ciencias del comportamiento*, porque sabe que una cosa es la conducta y otra el obrar. Impide, en una palabra, el uso irreflexivo de los términos o su aplicación mecanicista.

La bioética en Nuestramérica. En primer lugar, no todo es opaco en el panorama presentado. La bioética, la ética filosófica, la ética aplicada y otras disciplinas afines lograron una *secularidad* que no había sido alcanzada antes por la teoría filosófica y pusieron en primer plano la *urgencia de la interdisciplinariedad*. Sin un diálogo entre las canteras epistémicas de los diversificados intereses del conocimiento, difícilmente la ciencia y la filosofía hubieran alcanzado la *plasticidad* que detentan en nuestros días. En segundo lugar, parece ser la plasticidad generada por el diálogo anterior la que puede reorientarse en función de nuestras propias necesidades. El tema del consentimiento informado abarca a una pequeña élite que accede a los beneficios de la salud. Porque si no reconocemos hoy que más del cincuenta por ciento de los humanos que habitan Nuestramérica no alcanza niveles propiamente humanos de alimentación, salud y educación, habremos de reconocer entonces que hemos encontrado en el discurso de la filosofía práctica una redituable bolsa de trabajo no menos que una estimable cantera de publicación permanente. En tercer lugar, el vacío instalado por el discurso legalista de algunos *bioeticistas* puede ser rellenado con la apelación a las éticas materiales que parecen hoy obsoletas. Aquellas éticas arriesgaron la postulación de valores y su jerarquización, aunque tuvieron dos limitaciones, pensaron en valores y jerarquías fijos y limitaron sus propuestas a modelos típico-ideales. La fijeza de sus valores se correspondía con los supuestos antropológicos de entonces y la idealidad de sus nociones con la hegemonía del proyecto del idealismo alemán. El discurso filosófico-práctico del siglo XXI en Nuestramérica puede compensar los defectos de aquel proyecto, de cara a la asunción de un proyecto propio, anclado en las urgencias regionales, capaz de asegurar derechos personales a todos y cuya orientación se guíe por valores trascendentales como vida, identidad, integridad, libertad, salud y bienestar, capaz, en fin, de diseñar ideales para regir nuestras prácticas democrático-civiles, científicas y profesionales.

Referencias

Max Horkheimer, *Eclipse of Reason*, 1942. - Juan Carlos Tealdi, *Introducción a una bioética de los Derechos Humanos. Historia de la moral y crítica de la apariencia ética* (en edición).

Bioética de intervención

Volnei Garrafa y Dora Porto (Brasil) -
Universidad de Brasilia

La *bioética de intervención* procura respuestas más adecuadas para el análisis de macroproblemas y conflictos colectivos que tienen relación concreta con los temas bioéticos persistentes constatados en los países pobres y en desarrollo. En principio llamada *bioética fuerte* o *bioética dura* (*hard bioethics*), es una propuesta conceptual y práctica que pretende avanzar en el contexto internacional, a partir de América Latina, como una teoría periférica y alternativa a los abordajes tradicionales verificados en los llamados países centrales, principalmente el principialismo, de fuerte connotación anglosajona. A partir de la década de 1990 emergieron fuertes críticas al principialismo en el contexto de la bioética. Estos cuestionamientos tuvieron el mérito de incluir en la agenda bioética mundial cuestiones hasta entonces abordadas de modo exclusivamente tangencial por la teoría hegemónica de la disciplina. A partir de entonces, nuevas corrientes de pensamiento empezaron a surgir en la bioética, objetivando contextualizar los problemas a las realidades concretas donde los mismos ocurren y, también, como forma de resistencia, en algunos países o regiones, a la importación a-crítica

de teorías foráneas a sus referenciales morales. Con las discusiones y homologación de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la Unesco, cambia por completo el cuadro. La bioética, que hasta entonces tenía un direccionamiento preferencial hacia las cuestiones biomédicas y biotecnológicas, incorpora, definitivamente, los temas sociales, sanitarios y ambientales a su agenda. Es en este contexto donde surge la bioética de intervención.

Justificativas y objetivos de creación de la bioética de intervención. La propuesta de construcción epistemológica de la bioética de intervención aparece formalmente en el Sixth World Congress of Bioethics promovido por la International Association of Bioethics, realizado en Brasilia en el año 2002, después de intensas discusiones anteriores desarrolladas en eventos científicos en el mismo Brasil (1998), Argentina (1998), Panamá (2000), Bolivia (2001) y México (2001). La *teoría de los cuatro principios* –de cierta manera ya revisada en su "núcleo duro" y pretendidamente universalista por sus propios proponentes, Tom Beauchamp y James Childress, en 2001, con la 5ª. edición del libro *Principles of Biomedical Ethics*–, a pesar de su reconocida practicidad y utilidad para análisis de situaciones clínicas y en investigaciones, es insuficiente para: a) análisis contextualizados de conflictos que exijan flexibilidad para una determinada adecuación cultural; b) enfrentamiento de macroproblemas bioéticos persistentes o cotidianos enfrentados por la mayoría de la población de los países latinoamericanos, con significativos niveles de exclusión social. Los bioeticistas que trabajan en los países ricos o pobres –centrales o periféricos– con unos y otros grupos sociales (privilegiados/incluidos o desprivilegiados/excluidos), terminan por enfrentar problemas de orígenes diversos, así como de dimensiones y complejidades también diferentes. Las respuestas a los hechos, las interpretaciones de estos, bien como la decisión para su resolución, por tanto, no pueden ser iguales. Los especialistas de los países periféricos no deben aceptar más –y en particular los de América Latina– el creciente proceso de despolitización de los conflictos morales. Muchas veces, lo que está sucediendo, es la utilización de la justificativa bioética como herramienta, como instrumento metodológico, que sirve de modo neutral para exclusiva lectura e interpretación horizontal y aséptica de estos conflictos, por más dramáticos que sean. De esta manera, es amenizada (y hasta anulada, apagada...) la gravedad de las diferentes situaciones, sobre todo aquellas colectivas y que, por tanto, acarrean las más profundas distorsiones e injusticias sociales. Los caminos futuros de la bioética latinoamericana apuntan a la negación de la importación a-crítica y descontextualizada de "paquetes" éticos foráneos. La bioética principialista de origen anglosajón, aplicada *strictu sensu* en la realidad concreta de los países de la región, es incapaz o insuficiente para proporcionar impactos positivos en las sociedades excluidas de las naciones pobres. Con las trasformaciones y el nuevo ritmo verificado en los campos científico y tecnológico en el contexto internacional de los últimos años, las cuestiones éticas dejan de ser consideradas como de rango supraestructural y abstractas para, al contrario, pasar a exigir incorporación directa en las discusiones de salud pública y en la construcción de nuevas propuestas de trabajo con vistas al bienestar futuro de personas y comunidades. En el caso de los países latinoamericanos, es imprescindible que esa discusión (bio-ética) pase a ser incorporada al propio funcionamiento de los sistemas públicos de salud en lo que respecta a la responsabilidad social del Estado; definición de prioridades con relación a la asignación, distribución y control de recursos; administración del sistema; participación de la población de modo organizado y crítico; preparación adecuada de los recursos humanos necesarios al buen funcionamiento del proceso; revisión y actualización de los códigos de ética de las profesiones involucradas; profundas e indispensables trasformaciones curriculares en las universidades... En fin, contribuyendo para la mejoría del funcionamiento del sector como un todo.

Sistematización de algunos términos. Para facilitar la comprensión de la propuesta, es necesario que algunos conceptos utilizados por la bioética de intervención sean sistematizados. En este sentido, tres aspectos, por lo menos, son indispensables según las necesidades conceptuales y la historicidad de los hechos que ella trabaja: 1. Una clasificación general de sus líneas básicas de investigación que incorpore también los temas más comunes de discusión: a) Fundamentos teóricos y metodológicos de la bioética de intervención, que se refiere a la epistemología y organización del estudio crítico –contrahegemónico– de la disciplina; b) Bioética de las situaciones emergentes, relacionada con las cuestiones recurrentes del acelerado desarrollo biotecnocientífico de las últimas décadas, entre ellas las nuevas tecnologías reproductivas, la genómica, los trasplantes de órganos y tejidos; c) Bioética de las situaciones persistentes, vinculada con aquellas condiciones que se mantienen en las sociedades humanas desde la Antigüedad, como la exclusión social, la pobreza, las diferentes formas de discriminación, la insuficiencia de recursos para la salud pública, el aborto, la eutanasia. Otras expresiones corrientes en la bioética de intervención se refieren a una clasificación de los países en el mundo contemporáneo: a) países centrales, que son aquellos donde los problemas básicos con salud, educación, alimentación, vivienda

y transporte ya están resueltos o con soluciones bien encaminadas; y países periféricos, representados por aquellas naciones donde la mayoría de la población sigue luchando por condiciones mínimas de supervivencia con dignidad y, principalmente, donde la concentración de poder y renta siguen en manos de un reducido número de personas. También los términos igualdad y equidad necesitan una aclaración con relación a su lectura por la bioética de intervención. La igualdad es la consecuencia deseada de la equidad, siendo esta solamente el punto de partida para aquella; es por medio del reconocimiento de las diferencias y necesidades diversas de los sujetos sociales que ella puede ser alcanzada. La igualdad es el punto de llegada de la justicia social, referencial de los Derechos Humanos, donde el objetivo futuro es el reconocimiento de la ciudadanía. A su vez la equidad –o sea, el reconocimiento de necesidades diferentes de sujetos también diferentes para alcanzar objetivos iguales– es uno de los caminos de la ética aplicada frente a la realización de los derechos humanos universales, entre ellos el derecho a una vida con dignidad, representado en este análisis por la posibilidad de acceso a la salud y demás bienes indispensables a la supervivencia humana en el mundo contemporáneo.

Marco teórico. La bioética de intervención tiene una fundamentación filosófica utilitarista y consecuencialista, defendiendo como moralmente justificable, entre otros aspectos: a) en el campo público y colectivo: la prioridad con relación a políticas públicas y tomas de decisión que privilegien el mayor número de personas, por el mayor espacio de tiempo posible y que resulten en las mejores consecuencias colectivas, aunque en detrimento de ciertas situaciones individuales, con excepciones puntuales a ser analizadas; b) en el campo privado e individual: la búsqueda de soluciones viables y prácticas para los conflictos identificados con el propio contexto donde estos ocurren. Esta propuesta teórica propone una alianza concreta con la banda más frágil de la sociedad, incluyendo el re-estudio de diferentes dilemas, entre ellos: autonomía *versus* justicia/equidad, beneficios individuales *versus* beneficios colectivos, individualismo *versus* solidaridad, cambios superficiales *versus* trasformaciones concretas y permanentes, neutralidad frente a los conflictos *versus* politización de los conflictos. A pesar de algunas críticas puntuales provenientes de sectores acomodados con la practicidad del *check list* principialista, su adecuación al estudio de los problemas morales que ocurren en los países periféricos de la banda Sur del mundo es indispensable. Categorías como liberación, responsabilidad, cuidado, solidaridad crítica, alteridad, compromiso, transformación, tolerancia y otras, además de los *4 P* –prudencia (frente a los avances), prevención (de posibles daños e iatrogenias), precaución (frente al desconocido), y protección (de los más frágiles, de los desasistidos)– para el ejercicio de una práctica bioética comprometida con los más vulnerables, con la "cosa pública" y con el equilibrio ambiental y planetario del siglo XXI, empiezan a ser incorporados por bioeticistas latinoamericanos en sus reflexiones, investigaciones y prácticas. La bioética de intervención defiende la idea de que el cuerpo es la materialización de la persona, la totalidad somática en la cual están articuladas las dimensiones física y psíquica que se manifiesta de modo integrado en las interrelaciones sociales y en las relaciones con el ambiente. Definir la corporeidad como marco de intervenciones éticas se debe al hecho de que el cuerpo físico es la estructura que sostiene la vida social; es imposible la concreción social sin ello. Como vehículo de la existencia física, el cuerpo es el universal obvio. La realidad física es determinante para cualquier elaboración teórica al respecto de lo que sea real. En este sentido, las necesidades relacionadas con la supervivencia de los individuos (y con la manutención de su existencia corpórea) son el substrato a partir del cual las culturas dibujan sus diferencias. Y, como las diferencias culturales pueden ser relativizadas –una vez que toda y cualquier cultura se transforma a lo largo del tiempo–, el absoluto esencial que caracteriza la existencia misma de individuos que las componen permanece estable. Relacionado con las funciones esenciales a la existencia, ese absoluto universal establece la línea de demarcación que torna indispensable la intervención (ética, aplicada) para garantizar lo necesario para la vida de individuos y poblaciones. Además, las sensaciones de placer y dolor, originadas en la experiencia corpórea de la persona en sus interrelaciones sociales y en la relación con el ambiente, son marcadores somáticos autorreguladores que pueden tornarse indicadores para la intervención en la medida que reflejan la satisfacción de las necesidades de sujetos concretos. Y, como la necesidad existe en función de la realidad, la adopción de estos parámetros permite establecer conexión entre estructura y superestructura, posibilitando percibir la relación entre persona y la totalidad en la cual ella está ubicada. La satisfacción de necesidades es mensurada en bases biológicas por la posibilidad de los individuos, en un determinado contexto social, al experimentar grados diferenciados de placer o dolor en consecuencia de las condiciones sociales y económicas a las cuales están sometidas. La posibilidad de provocar placer o infligir dolor es la base de las relaciones de poder. Justificado en su propio ejercicio, el poder se legitima con la recompensa y el castigo, que fundamentan la idea de justicia. El

miedo, la fuerza y el dolor marcan las relaciones entre explotadores y explotados, legalizando el uso social del poder y condicionando el comportamiento. El pacto social, sea cual sea, es consecuencia del uso de parámetros sensoriales. Escoger ese abordaje teórico, por tanto, está relacionado con el hecho de que esta es la dimensión de la existencia de los seres humanos materializados en su cotidianeidad. Con relación a referenciales norteadores, la bioética de intervención tiene como espejo la matriz de los derechos humanos contemporáneos. Argumentando por el reconocimiento del derecho colectivo a la igualdad y por el derecho de los individuos y grupos a la equidad, incorpora el discurso de la ciudadanía expandida, por la cual los derechos están más allá de las garantías aseguradas por el Estado. Así, la intervención debe ocurrir para garantizar para todos los seres humanos: a) los derechos de primera generación (relacionados con el reconocimiento de la condición de persona como requisito universal y exclusivo para la titularidad de derechos); b) los derechos de segunda generación (que significan el reconocimiento de los derechos económicos y sociales que se manifiestan en la dimensión material de la existencia), y c) los derechos de tercera generación (que se refieren principalmente a la relación con el ambiente y la preservación de los recursos naturales). En cuanto a la cuestión ambiental, es indispensable la manutención de los recursos naturales para las generaciones futuras, apuntalando la necesidad de superación del paradigma antropocéntrico y evidenciando que la idea positivista de desarrollo necesita ser urgentemente sustituida por el parámetro de la sustentabilidad. La dimensión ambiental se reproduce del mismo modo que se observa en la perspectiva personal con relación a la salud y la enfermedad. Así como la salud es percibida con el surgimiento de la enfermedad, la importancia de la preservación del ambiente es evaluada por la escasez y por la falta de recursos necesarios a la vida. En este sentido, la incorporación de los llamados *derechos difusos* relacionados con el ambiente, en los referenciales teóricos de la bioética de intervención, se configura como un imperativo categórico que determina la re-evaluación de prioridades y la reducción del consumo necesario a la vida de personas y poblaciones. Tal reducción alcanza a todos los Estados-nación, pero configura la asimetría entre países –y también entre ciudadanos– centrales y periféricos, una vez que los segmentos más ricos son exactamente aquellos que más consumen y desperdician.

Conclusiones. Para la bioética de intervención, la acción social políticamente comprometida con los parámetros defendidos en este texto es aquella con capacidad de trasformar la *praxis* social, además de exigir disposición, persistencia, rigurosa preparación académica, militancia programática y coherencia histórica de aquellos que a ella se dedican. Las acciones cotidianas de personas concretas deben ser tomadas en su dimensión política, en un proceso dialéctico en el cual los sujetos sociales se organizan entre sí, con la sociedad civil y con el Estado, articulando e influyendo en sus acciones. En este inicio del siglo XXI, la ética adquirió identidad pública. No puede ya ser considerada como una cuestión abstracta y de conciencia que debe ser decidida en la esfera de la autonomía, privada o particular, de foro individual y exclusivamente íntimo. Hoy, ella aumenta su importancia aplicada en lo que se refiere al análisis de las responsabilidades sociales, sanitarias y ambientales, así como en la interpretación histórico-social ampliada de los cuadros epidemiológicos, y es esencial en la determinación de las formas de intervenciones públicas a ser programadas, en la prioridad de acciones, en la formación de personal capacitado. En resumen, en la responsabilidad del Estado frente a los ciudadanos, principalmente aquellos más necesitados, y frente a la preservación de la biodiversidad y del propio ecosistema, patrimonios que deben ser preservados para las generaciones futuras. Todo esto, en fin, es la bioética de intervención: colectiva, práctica, aplicada y comprometida con el "público" y con lo social en su más amplio sentido.

Referencias

D. Clouser; B.Gert. "Critique of principlism", *J.Med.Phil.*, Vol. 15, 1990, pp. 219-236.- Sören Holm. "Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics", *J.Med.Ethics*, Vol. 21, 1995, pp. 332-338.- Volnei Garrafa *et al.* "Bioethical language and its dialects and idiolects", *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 15, Supl. 01, 1999, pp. 35-42. - Volnei Garrafa & Dora Porto. "Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção". *O Mundo da Saúde*, Vol. 26, No. 1, Janeiro 2002, pp. 6-15. - Volnei Garrafa, Mauro Machado Prado, "Hard bioethics: demanding the best for the most", *Perspectives in* Health (OPS/OMS), Vol. 7, No. 1, 2002, p. 30. - Volnei Garrafa, Dora Porto, "Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice", *Bioethics*, Vol. 17, Nos. 5-6, 2003, pp. 399-416. - Volnei Garrafa & Dora Porto, "Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção", in Volnei Garrafa, Leo Pessini (orgs.) *Bioética: Poder e Injustiça*, São Paulo, Edições Loyola, 2003, pp. 35-44. - Dora Porto & Volnei Garrafa, "Bioética de Intervenção: considerações sobre a economia de mercado", *Bioética (Conselho Federal de Medicina)*, Vol. 13, No. 2, 2005, *in press*. – Unesco, *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*, París, octubre 2005.

Bioética de protección

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

La tradición del concepto de protección. Con el nacimiento del Estado-nación y la elaboración filosófico-política del contrato social –ficticio pero paradigmático–, quedó establecida como función primordial del Estado la protección de sus súbditos, ya fuese frente a los riesgos y fracasos de la vida natural individual –Rousseau– o directamente para neutralizar la violencia entre los individuos –Hobbes–. Posteriormente, desarrolló Mill el concepto de *protección a los derechos ciudadanos*, dando el fundamento a los pensadores contemporáneos para confirmar que de todas sus posibles funciones, el Estado mantiene la obligación de cautelar la vida y el patrimonio de su ciudadanía, aun cuando se desentienda de todo otro compromiso. El pensamiento liberal contemporáneo también adopta la forma mínima del *Estado Guardián Nocturno*, que confía al Estado el cuidado de las libertades negativas al mismo tiempo que lo exime de desarrollar políticas proactivas –derechos positivos– a favor de la protección de las personas. La sociología contemporánea confirma asimismo la centralidad de la protección entre las funciones del Estado, al señalar que la reducción del aparato estatal provocada por la globalización ha tenido como efecto más trascendente el desamparo del ciudadano y la escisión de la sociedad en dos grandes grupos: los *consumidores* que participan en el mercado y los *excluidos* carentes de los recursos para comprar servicios básicos de protección, habiendo perdido también el amparo de un Estado vuelto insolvente. Al dejar desprovista de protección social a la ciudadanía, el Estado solo ejerce una operatividad mutilada cuyo funcionamiento residual es subalterno a intereses foráneos, como ilustran los progresos macroeconómicos de muchas naciones del Tercer Mundo, donde la disparidad socioeconómica va en escandaloso aumento. También la filosofía moral desarrolla la posición nuclear de la protección en las relaciones de los seres humanos. Hans Jonas, al desarrollar su *principio de responsabilidad*, recurre a dos figuras paradigmáticas para ilustrar la primacía de la protección: el *recién nacido*, cuya sola presencia desvalida invoca a brindarle resguardo, y las *futuras generaciones*, que requieren ser protegidas mediante recurso prudente y frugal de la tecnociencia para no poner en riesgo la sobrevivencia de la humanidad. Emmanuel Lèvinas funda la relación interpersonal en el encuentro entre Yo y el otro, en cuyo rostro se lee el desamparo y la solicitud de protección, desencadenando un momento ético primario en que el yo asume la labor diacónica de cuidar a ese otro. R. Brandt, seguidor del concepto escocés de la simpatía como aglutinante moral, reconoce la necesidad de agregar al espíritu solidario ciertas normativas sociales de protección.

Ética de protección y bioética. Su presencia en el pensamiento fundamental de la filosofía política y de la ética no le habían dado a la protección un perfil muy claro en el discurso de la ética aplicada, hasta que se incorporó explícitamente a la bioética. La *ética de protección* se entiende de dos modos, por un lado, en su forma *sensu strictu* como un llamado a la igualdad social, al empoderamiento de los excluidos y al cuidado de los desmedrados, por otro lado, en la acepción *sensu latu* de una perspectiva ética general que aspira a nuevas formas de cosmopolitismo enmarcadas en una ética de hospitalidad incondicional, como la plantea Derrida. En un entendimiento más ceñido, el postulado de la protección solo se cumple en la acción, no es una ética conceptual sino pragmática. Mientras que muchas éticas son presentadas como enunciados, es característico de la protección que se realiza exclusivamente en la aplicación, a través de programas de acción específicos que, para la bioética, se refieren a prácticas sanitarias, ante todo, públicas, a desarrollar asimismo en otros ámbitos biomédicos como la investigación y la medicina clínica. Una ética de protección se concibe naturalmente más allá de la bioética. La ética filosófica habla del ser humano en cuanto ente abstracto, y no se refiere a los derechos de hombres y mujeres, sino a los Derechos Humanos, a la justicia en cuanto estado ideal y utópico. También la bioética principialista se desafilia de la realidad cotidiana. La ética de protección, en cambio, abandona el terreno de la reflexión y se consagra a la acción, reconoce las necesidades reales de seres humanos existentes, para quienes no hay consuelo en la filosofía sino en la asistencia. La ética de protección es concreta y específica; *concreta* porque atiende a individuos reales que sufren desmedros o insuficiencias de empoderamiento que son visibles, y *específica* porque cada privación es identificable y distinguible, como lo han de ser los cuidados y el apoyo remedial. Las acciones terapéuticas son, por tanto, protecciones específicas y concretas, sea en lo social o en lo individual. A diferencia de la ética tradicional, reconoce la ética de protección que los seres humanos son diversos en su dotación natural y material, así como en su empoderamiento, siendo preciso desarrollar un pensamiento moral para el estado de desigualdad en que la humanidad siempre ha vivido. El reconocimiento de la protección como una *ética para la desigualdad* ha llevado al desentendimiento de suponerle indiferencia por las metas de justicia y de autonomía irrestricta, de ser presuntamente insensible al ordenamiento social liberal donde se supone, falazmente, igualdad de oportunidades para todos. Las críticas no se

sustentan, pues toda ética solo será razonable y convincente si respeta y fomenta estas dimensiones. En realidad ocurre lo contrario, la ética que proclama la igualdad no llega al terreno de la realidad, pues su aprobación de lo justo, lo ecuánime y el respeto a los Derechos Humanos queda en declaración sin traducirse en acciones. En una visión menos esencialista, los Derechos Humanos y la justicia universal se refieren no tanto a la humanidad como al ciudadano concreto, por cuanto "*el hombre es constituido por la ciudadanía* y no la ciudadanía por el hombre". La ética de protección ve cómo cada persona, cada grupo o comunidad y cada nación se enfrentan y se relacionan con interlocutores y contrapartes débiles que requieren apoyo y resguardo. La protección se juega en el terreno de las realidades personales y sociales. No hay intención alguna de remplazar las éticas basadas en justicia con una ética de protección, pero sí de insinuar una inversión de su oportunidad de acción. Los inmaduros, los mentalmente incompetentes, los socialmente desaventajados requieren acciones protectoras para llegar a igualarse con los demás o, si ello no es posible, de recibir el cobijo para vivir sin penurias y con algunas satisfacciones. Aquella parte de la humanidad que ha logrado alcanzar el empoderamiento político y social, que puede negociar exitosamente la cobertura de sus necesidades y la satisfacción de sus deseos, no requiere una ética de protección sino la evitación de discriminaciones y el respeto de la igualdad.

La relación de protección. El argumento de la protección es que los seres humanos se encuentran muy diversamente posicionados frente a los atributos y las oportunidades sociales, que no serán ecuánimes en tanto no se establezca una ética de protección que permita a los excluidos, a los débiles, a los desmedrados recibir el resguardo necesario para desarrollar sus capacidades en libertad. Aunque parco en la utilización del concepto protección, Amartya Sen fundamenta su teoría igualitaria y democrática del empoderamiento social señalando que las bondades de la libertad individual y económica presuponen una infraestructura social protectora (Sen, 2000). No es posible apelar a los Derechos Humanos cuando estos no han sido respetados. En tales situaciones, se piensa en una *inversión dialéctica* de derechos: quien asume derechos es el poderoso, en forma de un "derecho a la intervención humanitaria". Los derechos quedan despolitizados, con el riesgo de ser biopolitizados, y dan paso al "*nuevo reinado de la ética*", como refiere Žižek, apoyado en pensadores como Rancière e Ignatieff, y acercándose, sin explicitarlo, a una ética de protección, pero en el cual ve y acusa un sesgo de paternalismo autoritario. Por definición, hay un desnivel de competencias entre el más fuerte o protector y el necesitado de protección, con lo cual el compromiso de protección es voluntario y unilateral por parte del protector. El más débil puede adolecer de un *déficit de autonomía* –discapacitados mentales– o de *dificultades en su ejercicio* –individuos en desarrollo, desempoderados sociales–, requiriendo el amparo de una persona o instancia con capacidad de decisión y gestión. La relación de protección es fluida y cambiante, no prestándose tanto a una relación contractual, que es fundamentalmente normativa, sino a la de un pacto donde prima el compromiso de entrega más que el intercambio igualitario de bienes. Moralmente el *pacto de protección* no es rescindible, pues retirarle el resguardo a quien está siendo amparado lo pone en riesgo de quedar más desprotegido que antes. El que se compromete a proteger debe hacerlo por todo el tiempo necesario, pero no más allá, pues cuando la protección ya no es requerida, sería impositivo si el protector continúa decidiendo y gestionando en nombre del protegido. El protector se hace cargo del cuidado y la representación de la autonomía en déficit, constituyéndose la figura relacional del paternalismo benefactor o protector que asume los cuidados de la autonomía del más débil que está imposibilitada de ser ejercida, precisando un guardián preocupado de cautelar sus mejores intereses. Esta relación de protección solo se extiende a las áreas de autonomía deficitaria y se extingue cuando el protegido se libera de las restricciones y asume el ejercicio pleno de su capacidad de decisión, cuidando de no caer en un paternalismo autoritario que desconoce y cercena la autonomía de las personas. Las interacciones personales inspiradas en una ética de protección corren el riesgo de caer fácilmente en dependencias malsanas y en paternalismos inveterados. Aun cuando exista desigualdad entre agentes y afectados, será éticamente deseable que cada uno ejerza su autonomía a cabalidad, no obstante lo cual siempre quedan residuos de desinformación y opacidad, que obligan a tomar decisiones en incertidumbre. Es en esa incertitud donde se genera el aspecto fiduciario de la relación, en que se confía en la prestancia y rectitud del otro para resguardar los intereses del requirente. La crisis de confiabilidad que ha sido detectada en las sociedades tardomodernas invita a intentar su recuperación mediante el llamado explícito a una ética interpersonal basada en la protección.

Ética de protección y salud pública. Es en la salud pública donde la ética de protección encuentra su aplicación mejor delineada (Schramm & Kottow, 2001), pudiendo establecerse una tétrada de perspectivas valorativas aplicables a los programas y proyectos sanitarios a fin de ponderar su calidad ética. Primero, la acción planeada debe responder a una necesidad sanitaria real y central en la vida de la comunidad colectiva, cuya urgente

solución justifique los costos y riesgos de intervenir; segundo, la autoridad sanitaria debe estar en posesión de una herramienta eficaz –con probada capacidad de resolución de problemas– y eficiente –relación beneficios-costos sustentable– para combatir el problema presentado, recurriendo a las mejores soluciones existentes sin darse por conforme con lo circunstancialmente disponible; tercero, los inevitables efectos indeseados de la acción sanitaria han de ocurrir en forma imparcial y aleatoria, todos los participantes debiendo tener las mismas probabilidades de beneficiar y de sufrir efectos negativos. Este requerimiento de aleatoriedad evita las acciones discriminatorias en que se conoce de antemano a los individuos más susceptibles a sufrir complicaciones. Finalmente, cumplidos a cabalidad los tres aspectos anteriores, se hace obligatoria la participación de todos, justificadamente coartando la autonomía de los reticentes a fin de asegurar la mayor eficacia posible al programa. La aplicación de estos criterios éticos asegura que se obtendrá el máximo de protección posible. También la desigualdad internacional requiere una ética de protección consciente que el débil no puede negociar o participar en un mercado de bienes y servicios, con posibilidades de buen éxito. Las relaciones éticas entre poderosos y desposeídos mal pueden ser entendidas como acuerdos o compromisos entre iguales, porque tal igualdad no existe y se hace cada vez más improbable. También aquí debiera pensarse en términos de naciones protectoras y protegidas, aun cuando ello sea contraintuitivo por dos motivos: primero, porque el lenguaje de la política internacional se apoya más en la dominación que en la interacción paritaria y, segundo, por cuanto el esquema protector-protegido es fuertemente reminiscente del pasado colonial y de la distinción entre centro potente y periferia dependiente, esquemas de los cuales aún quedan inquietantes resabios. Se dan ciertos paralelismos entre el principio de responsabilidad y la ética de protección. El estímulo para enfatizar la protección es la desigualdad, para la responsabilidad es la inconmensurable expansión tecnocientífica, que a su vez genera desigualdades. El discurso explícito de la ética de protección se desencadena por dominación mundial del [neo]liberalismo, la globalización, la jibarización del Estado-nación y la profundización de desigualdades sociales, económicas y de empoderamiento. Nacida en Latinoamérica, la ética de protección pretende generar una agenda moral consciente de que los anhelos de igualdad y autonomía pasan por un apoyo a los débiles que les permita emprender el camino hacia la ecuanimidad.

Referencias

M. Kottow, “The vulnerable and the susceptible”, *Bioethics* 17, 2003, pp. 460-471. - M. Kottow, “Por una ética de protección”, *Rev. Soc. Int. Bioética* 11, 2004, pp. 24-34. - M. Kottow, “Autonomía y protección en bioética”, *Jurisprudencia Argentina (Lexis Nexis)* III, 2005, pp. 44-49. - C. Levine, et ál., “The limitations of ‘vulnerability’ as a protection for human research participants”, *The American Journal of Bioethics* 4, 2004, pp. 44-49. - O. O´Neill, *Towards justice and virtue*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996. - Pico della Mirandola G., *De hominis dignitate*, Ed. bilingüe latín/alemán. Stuttgart, Philip Reclam, 1997. - J. D. Rendtorff, “Basic ethical principles in European bioethics and biolaw”, *Medicine, Health Care and Philosophy* 5, 2002, pp. 235-244. - A. Sen, *Development as Freedom*, New York, Alfred A. Knopf, 2000. - M. Kottow y F. R. Schramm, “Moral Development in Bioethics: Patterns or Moral Realms?” *Rev. Bras. Educ. Méd*. 25, 2001, pp. 15-24. F. R. Schramm, M. Kottow, “Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas”, *Cadernos de Saúde Pública,* Río de Janeiro, 17(4), 2001, pp. 949-956. - F. R. Schramm, “Información y manipulación: ¿cómo proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección”, *Revista Brasileira de Bioética,* Vol. 1, N.º 1, 2005, pp. 18-27.

Bioética narrativa

José Alberto Mainetti (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

El paradigma narrativo de la bioética. El hombre es un género literario y una especie narrativa. La vida humana consiste en historia o biografía, como nos lo recuerda el *bios* etimológico de la *bioética*, que se refiere a la vida buena o a la buena vida (el *biotós* del griego clásico). Como dice García Márquez, “*la vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla*”. El paradigma narrativo de la bioética que alterna con el modelo originario de los principios, racionalista y analítico, se configura por un *giro casuístico* –los casos son la textualidad de la bioética, epítome de aquellas metodologías basadas en casos, como la historia clínica, la confesión sacramental, la decisión judicial, la investigación detectivesca–, otro *giro hermenéutico* o de la interpretación como búsqueda del sentido –la virtud de Hermes, el inventor del lenguaje en el mito clásico– y un *giro literario* restaurador de la literatura como maestra en el conocimiento moral. En suma, la fecundidad de la bioética narrativa está en revalorizar el papel de la imaginación en la ética, su rol fundamental en el razonamiento moral como exploración narrativa, contrariamente a la tradición racionalista del absolutismo moral, excluyente de la insobornable subjetividad de la comprensión humana. Jorge Luis Borges ha dicho que la metafísica y la teología son dos ramas de la literatura fantástica, y que el género literario de la realidad es el sueño. El paradigma narrativo ofrece una heurística particular para la bioética en América Latina, que no

cuenta con propia filosofía como la angloamericana, pero sí tiene su propia literatura y *boom* narrativo (realismo mágico).

Bioética ficta y mitos fundadores. En cualquier caso, una bioética ficta de proyección universal registra entre los mitos fundadores de la humanidad al nuevo Prometeo que es Pigmalión, el escultor chipriota enamorado de la estatua por él creada y por el favor de Venus, la diosa del amor, convertida en mujer de carne y hueso, Galatea, con quien desposa Pigmalión. Este encarna la vocación antropoplástica consumada en la tecnociencia demiúrgica de la biogenética y de la cibernética, por las cuales el hombre busca recrearse a sí mismo biológica y artificialmente, regenerando el cuerpo orgánico e informando la razón al artificio (inteligencia artificial). Sendas técnicas demiúrgicas cuentan con su estereotipo imaginario en la cultura occidental, el hombre biogénetico con la leyenda del Homúnculo y el hombre cibernético con la saga del Golem. Síntesis de ambas técnicas es el hombre biónico o *cyborg*, símbolo de coevolución biológica y cultural. La ciencia *en* ficción de nuestros días se ha encargado de dar carta de ciudadanía tanto a las distopías biológicas –Aprendiz de Brujo, Frankenstein, Mundo Feliz– como a las robóticas: Terminator, Hulk, Matrix, testimoniando así la aventura de un futuro poshumano. El *Aleph* de Borges anticipa al buscador Google, como *La invención de Morel* o *Dormir al sol,* de Bioy Casares, predicen el advenir de la neocorporeidad con una tecnología ya indistinguible de la magia.

Las cuatro dimensiones de la fenomenología somatoplástica. Las formas imaginarias de esa nueva corporeidad se proyectan en la pantalla pigmaliónica del séptimo arte, donde cabe describir cuatro dimensiones de la fenomenología somatoplástica. La primera es la *intercorporeidad*, el cuerpo xenogénico o interespecífico, híbrido de diversas especies, cuyo prototipo del género es la Quimera y cuenta con un amplio repertorio fílmico (hombre-araña, hombre-pingüino, mujer-gata, hombre-murciélago, hombre-lobo, hombre-mosca y mutantes de todo tipo, tortugas ninjas incluidos). La segunda dimensión es la *intracorporeidad*, mutaciones endógenas del organismo o intercambio de sus partes y funciones entre individuos, cuyo prototipo del género es la *Metamorfosis* de Kafka y tiene sus clásicos en el cine de terror (*El exorcista, El extraño caso del Dr. Jeckyll y Mr. Hyde*) y actualidad en la comedia desopilante (*El cielo puede esperar, Hay una chica en mi cuerpo, Una rubia caída del cielo, Quisiera ser grande*) sin olvidar dos últimos exponentes de las fantasías reprogenéticas (*Junior* y *Alien*). La tercera dimensión filmosomatoplástica es la *transcorporeidad*, cuerpo metaorgánico como artificio de técnica según los prototipos del género que son el *Golem* y el *Homúnculo* y se realizan en los robots (*Terminator*), los androides (*Frankenstein*) y en la combinación de ambos o *cyborgs* (*Blade Runner, Robocop*). La cuarta dimensión es la *poscorporeidad*, tránsito de un estado a otro de la materia cuyo prototipo es la realidad virtual, empezando por el artificio plástico por excelencia que es el cine (*Terminator II, Mask, Viaje fantástico, Matrix*), propiciador de las creaturas de Pigmalión y de la apreciación del protagonista de la novela de Max Frish *Homo faber*: "*Todo el cuerpo humano es así; como construcción no está mal, pero como material, un fracaso; la carne no es un material, sino una maldición*".

Referencias

J. A. Mainetti, *Bioética ficta,* La Plata, Quirón, 1993. - J. A. Mainetti, *Bioética narrativa*, *Quirón,* Vol. 32, N.º 1, 2001. - K. Montgomery Hunter, "Narrative", en S. Post (editor), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, Macmillan Reference USA, 2004, Tomo IV, pp. 1875-1880.

Bioética jurídica

Eduardo Luis Tinant (Argentina) - *Universidad Nacional de La Plata*

Bioética jurídica es la rama de la bioética que se ocupa de la regulación jurídica y las proyecciones y aplicaciones jurídicas de la problemática bioética, constituyendo al mismo tiempo una reflexión crítica sobre las crecientes y fecundas relaciones entre la bioética y el derecho, a escalas nacional, regional e internacional.

Bioética y derecho. La bioética es en su "núcleo duro" una parte de la ética, pero es también algo más que ética. Fenómeno social y actividad pluridisciplinar que procura armonizar el uso de las ciencias biomédicas y sus tecnologías con los Derechos Humanos y en relación con los valores y principios éticos universalmente proclamados, se encuentra hoy en la encrucijada entre la manipulación de la vida y la atención de la salud y el bienestar de las personas, procurando no solo interpretar sino también orientar los extraordinarios avances de la moderna tecnociencia y los cambios sociales y culturales de la globalización. Se plantea así la necesidad de volver a considerar la dignidad del hombre como un valor superior al de la utilidad económica y de afirmar la primacía del orden ético sobre la técnica y los intereses puramente comerciales, mediante una toma de conciencia individual y colectiva respecto de la capacidad y la sensibilidad de prever efectos y riesgos sobre el inadecuado uso de las aplicaciones de ciencia y tecnología sobre la vida. A la *bioética empírica* (que define lo que es) sucede entonces la

bioética jurídica (que determina lo que debe ser). Convocado de tal modo, como discurso y praxis a la vez, el derecho puede y debe cumplir un papel fundamental en el ámbito de la bioética: a él le incumbe la tarea de elaborar y establecer normas que permitan regular de modo colectivo los nuevos conflictos bioéticos y, planteados concretamente estos, la de darles ajustada y oportuna resolución. La ética por sí sola no alcanza para asegurar el respeto de la persona y la vigencia irrestricta de los Derechos Humanos. Pero urge aclarar que tampoco el derecho tiene la fuerza suficiente si –a partir de él– no se ejerce el poder político necesario para conjurar las amenazas que representan los nuevos intereses creados. Más aún, si no opera un cambio de paradigma ético y científico que permita plasmar una nueva y fructífera alianza entre las ciencias y la filosofía, la técnica y las humanidades, reclamada en 1971 por Rensselaer von Potter (*Bioethics: bridge to the future*) al conjugar por primera vez el término bioética. Son indispensables, pues, una mayor interactividad entre tales disciplinas y un rol más activo del derecho, no para detener el desarrollo de las nuevas tecnologías biomédicas pero sí para orientarlo, regularlo y controlarlo y, llegado el caso, para prohibir determinadas prácticas contrarias a la dignidad humana, las libertades fundamentales y los Derechos Humanos. Desde una perspectiva regional latinoamericana, dicha construcción participativa debe acentuar la superación de las dificultades que atraviesan grandes grupos de población para alcanzar el debido estándar en su salud y calidad de vida.

Delimitación nominal de la bioética jurídica. Bioética jurídica difiere de vocablos a los que ha acudido buena parte de la doctrina, al calificar esta forma de bioética como una *nueva juridicidad*, como *bioderecho*, en la inteligencia de que se trata de una *rama jurídica transversal*, que no significa negación pero sí complemento de otras ramas del derecho (Miguel Ángel Ciuro Caldani), o que el *bioderecho* representa un paso posterior, dado el asincronismo entre la ciencia y el derecho: "*de la bio-éthique au bio-droit", "aprés l´éthique la loi*" (C. Nairinck, L. Lavialle; id. Graciela Messina de Estrella Gutiérrez); o *biojurídica*, por considerarla "una nueva rama del derecho", que tiene que ver directamente con la aplicación de los avances científicos a los seres humanos (María Dolores Vila-Coro), o "*la respuesta desde el mundo jurídico al surgimiento de la bioética*" (Francesco D´Agostino). O bien, de los que propician la ampliación del encuentro entre bioética y derecho mediante la profundización del diálogo entre bioética y Derechos Humanos, sin necesidad de recurrir al neologismo *bioderecho* (Pedro Federico Hooft); o caracterizan una *bioética con rasgos jurídicos*, como una especie de "enrejado jurídico" de las ciencias de la salud (Jan Broekman); o, aun con una significación limitada, se refieren a la *juridificación de la bioética*, desde el momento en que esta es abordada desde el ángulo jurídico (Manuel Atienza); o *juridización de la bioética*, expresada en el progresivo crecimiento de los dominios regulados por el derecho, a costa de las demás relaciones sociales (Stefaan Callens). Sea cual fuere la posición que se adopte, resulta innegable la importancia del derecho *en* y *desde* la bioética. A condición de no incurrirse en una creciente "formalización" de la bioética, es decir, reducción a formas jurídicas de fenómenos que son esencialmente dinámicos e interdisciplinarios. Corresponde, pues, evitar esa excesiva rigidez formal y mantener abierto un diálogo pluridisciplinar inherente a la bioética. Podrá distinguirse así la bioética jurídica de otras modalidades, puesto que no tiene por objeto la transformación de la bioética en una simple nueva rama del derecho, como tampoco convertirse en un mero marco normativo de las ciencias de la vida y de la salud –*minus* legítimamente reprochado a aquellas–, sino la necesaria regulación jurídica de los temas y problemas bioéticos tendiente al reconocimiento y la tutela eficaz de la dignidad humana y los derechos y libertades fundamentales relacionados con el avance de tales ciencias, lo cual es algo muy distinto. El término bioética jurídica procura evitar, pues, la confusión de términos y, por ende, de conceptos, confirmando que se trata de algo más que una mera *nominis quaestio*, desde que la noción de *ética* debe presidir el debate. El riesgo adicional que puede significar la supresión del vocablo *ética* se desprende de vocablos que designan otros fenómenos de *bios* de nuestro tiempo, algunos con inciertos y preocupantes alcances, como *biopoder* (conjunción de la genética y la informática: "*civilisation de l´ordinateur, domaine qui vient*") y *biocracia* (presiones de quienes no reconocen ningún freno al progreso de la ciencia y la tecnología y al beneficio económico), o que representan una clara y terrible amenaza para la humanidad toda, sin ignorar otras ya existentes, como *bioterrorismo* (agresión con armas biológicas y químicas). No es casual que tales palabras carezcan del vocablo *ética*. Antes bien, dicha ausencia denota los nuevos peligros o desviaciones. En suma: con el término bioética jurídica que hemos introducido, el adjetivo preserva el sustantivo y expresa mejor el concepto, dando lugar, en sentido estricto, a la *bioética normativa* (regulación constitucional y legal de temas y problemas bioéticos) y la *bioética jurisprudencial* (resoluciones judiciales de conflictos bioéticos, etc.); y, en sentido amplio, a un estudio y reflexión de la problemática bioético-jurídica en su conjunto, vale decir, las crecientes y fecundas relaciones entre la

bioética y el derecho, complementarias entre sí. Estas relaciones pueden desarrollarse según la siguiente *Tabla de contenidos de la bioética jurídica* (*lato sensu*): a) Derecho en la bioética (bioética y derecho), b) Bioética en el derecho, b1) Bioética doctrinaria, b2) Bioética política e institucional, c) Derecho de la bioética (bioética jurídica, *stricto sensu*), c1) Bioética formativa, c2) Bioética judicial, d) Derecho internacional de la bioética (bioética jurídica internacional).

a) Derecho en la bioética. Se trata del derecho partícipe de bioética –con su teoría general, principios y valores–, que contribuye a la determinación y condición de la misma. Iluminan la escena bioética, en especial, la filosofía de los Derechos Humanos, el constitucionalismo de las últimas décadas y el derecho internacional de los Derechos Humanos.

b) Bioética en el derecho. Se refiere a la bioética como discurso preparatorio de acciones que requieren la solución jurídica de problemas bioéticos. Ejemplo de ello, los principios bioéticos operando cual tópicos jurídicos (*topoi, topos*), lugares que proveen argumentos para la discusión dialéctica en el ámbito forense. b1) *Bioética doctrinaria*. Expresa el intento de la bioética por organizarse sistemáticamente mediante una reflexión coherente y estructurada, con principios propios, y no como una simple casuística de problemas morales. De tal forma, con objetivo práctico y fundamento racional, la argumentación que nutre el discurso bioético (de la comunidad científica y bioética) se dirige a un auditorio general: la sociedad (vida social), y a un auditorio particular: los actores del derecho y la política (vida jurídico-política). Pero también se dirige a la propia comunidad científica y bioética, sobre todo la que no participa del paradigma ético-tecnocientífico asumido o de la verdad defendida (vida académica). En cualquier caso, procura persuadir y convencer: con mayores chances, si la premisa planteada tiene mayor probabilidad de ser universalizada por el auditorio, tan vasto como heterogéneo; y de modo creciente, si responde al interés de los participantes en dicho discurso, y si las normas de acción propuestas son aceptables para todos los miembros del auditorio. b2) *Bioética política e institucional*. Tiene que ver con la actividad estatal y la organización político-institucional y se manifiesta como política destinada a promover y asegurar el derecho a la protección y la atención de la salud (asistencia médica y farmacológica), así como definir los problemas relacionados con la nueva genética humana en políticas de salud, de la familia y de la minoridad. Confluyen lo que se considera un *optimum* al respecto y la puesta en ejecución de medidas necesarias para lograrlo, mediante la fijación de objetivos y aplicación de instrumentos en el marco de determinadas instituciones. Se ocupa así de la práctica clínica y quirúrgica y la calidad y gestión asistencial en materia de salud pública, privada y semiprivada, y de los sistemas e instituciones de salud y la medicina hospitalaria; igualmente, de los diversos comités de ética: de políticas públicas, asistenciales, de investigación clínica y experimentación biomédica con seres humanos (su naturaleza, objetivos, funciones, composición y procedimientos), y la identificación y definición de los grupos vulnerables en investigación científica.

c) Derecho de la bioética. Comprende el derecho fruto de la bioética –cuerpo de normas, directivas, resoluciones judiciales y aplicaciones jurídicas–, que hace a la vigencia y eficacia de la misma. c1) *Bioética normativa (constitucional, legal, reglamentaria)*. Orientada a la elaboración y la sanción de reglas generales en el contexto de la política sanitaria y del sistema jurídico vigente, a partir de la racionalidad de decisiones colectivas en áreas en las que confluyen la salud pública, los Derechos Humanos y la regulación de los avances científicos, incluyendo la recepción con jerarquía constitucional de tratados y convenciones internacionales sobre Derechos Humanos. Regulación normativa de la bioética, a cargo de los juristas y las autoridades públicas, que deviene necesaria si se tiene en cuenta la insuficiencia de la autorregulación deontológica por parte del ámbito biomédico. c2) *Bioética judicial (jurisprudencial)*. Abarca la solución de casos individuales de naturaleza bioética, en particular la labor de los jueces en la resolución de conflictos concretos de tal modo vinculados. Estudia así las sentencias en su condición de normas jurídicas individuales (precedentes) y en conjunto al decidir un mismo punto (jurisprudencia), y su eventual aplicación en el tratamiento de nuevos conflictos o dilemas bioéticos. La secuencia: desarrollo jurídico-legal-sentencial-jurisprudencial (faz normativa completa de la bioética), no excluye una complementación diacrónica-sincrónica del fenómeno bioético, pues la bondad de la normativa dictada (tanto general como individual) impulsa su retorno, enriquecida y enriquecedora, a la faz discursiva de la bioética.

d) Derecho internacional de la bioética. Examina el derecho que ha surgido como consecuencia de las implicancias globales de la biomedicina y la genética y la expansión de los intercambios científicos que trascienden forzosamente las fronteras políticas y exigen la cooperación de los Estados y una cierta armonización de las normas nacionales en la búsqueda de soluciones adecuadas a los nuevos conflictos. Como señala Roberto

Andorno, la internacionalización de los principios y las normas de la bioética se lleva a cabo por medio de acuerdos graduales sobre principios generales, evitando normas demasiado específicas que harían difícil el consenso. Por ejemplo: la actividad que desarrolla la Unesco y que testimonian sus Declaraciones, Recomendaciones y Directivas internacionales, tendientes a proteger al ser humano "en su humanidad", y en los que la idea de dignidad humana, es decir, del valor inherente de todo individuo y de la humanidad en su conjunto, comienza a revelarse como verdadero paradigma o noción-clave de tales acuerdos mínimos. Ello evidencia que se avanza hacia un derecho internacional de la bioética, cuyas incipientes normas se ubican claramente dentro del marco de los Derechos Humanos, esto es, dentro de la idea de que todo ser humano posee derechos inalienables e imprescriptibles, que son independientes de sus características físicas, de su edad, sexo, raza, condición social o religiosa.

Referencias

E. Tinant, *Antología para una bioética jurídica*, Buenos Aires, La Ley, 2004. - R. Andorno, "*Hacia un derecho internacional de la bioética*", 2001, www.reei.org

Ponderación de principios éticos

Rodolfo Vázquez (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

La crítica de Manuel Atienza. En un texto, multicitado en el contexto de la discusión sobre bioética en habla castellana, Manuel Atienza ofrece una de las contribuciones más lúcidas en el debate que nos ocupa. *Juridificar la bioética* no es, de acuerdo con el autor, el título de un artículo que pretenda "*una vuelta a la deontología médica tradicional, esto es, a la concepción de la ética médica –y, por extensión, de la bioética– como un código único de preceptos y obligaciones aplicados según procedimientos burocráticos y respaldados coactivamente*"; de lo que se trata, más bien, es de "*sostener que hay un tipo de conflicto jurídico cuya resolución consiste justamente en ponderar principios contrapuestos y que, para tratar con esos casos, ha ido desarrollándose una metodología que podría resultar de utilidad también para la aplicación de los casos concretos de los principios de la bioética*". Después de pasar revista y criticar la *teoría principialista* de Beauchamp y Childress; la *tópica o casuística* de Jonsen y Toulmin; y la que, a reserva de un mejor nombre, podría denominarse la de *principios jerarquizados* del filósofo español Diego Gracia, Atienza desarrolla su propia concepción. Comentaremos su propuesta a partir de tres premisas básicas: la aceptación de un objetivismo moral, una ordenación de principios primarios y secundarios, y la distinción entre principios y reglas. Para Atienza la tópica de Jonsen y Toulmin y el modelo propuesto por Diego Gracia "*apuntan en la dirección adecuada al esforzarse por construir una ética –o una bioética– que proporcione criterios de carácter objetivo y que, por así decirlo, se sitúe a mitad del camino entre el absolutismo y el relativismo moral*", aunque el autor los critique inmediatamente, por otras razones. Si bien Atienza no desarrolla en este trabajo su concepción metaética objetivista, creo que es uno de los supuestos básicos para dar sentido al mismo. Por lo pronto, como bien lo ha mostrado James Fishkin, no debe confundirse el objetivismo con el absolutismo moral, ni mucho menos con el relativismo. En la línea de Mario Bunge y Ernesto Garzón Valdés, Atienza no tendría mayor inconveniente en aceptar que puede alcanzarse un consenso profundo con respecto a las necesidades básicas que demanda cualquier ser humano –para nuestro caso en materia de salud y medicina– y que tales necesidades no son objeto de negociación ni de acuerdos mayoritarios, ni sujetas a los valores culturales de una comunidad. Creo que también estaría de acuerdo en que la exigencia de satisfacción de tales necesidades es una condición necesaria para el ejercicio de la autonomía personal; que "*los hombres tienen derecho a no ser dañados en sus intereses vitales y tienen el deber de no dañar a los demás impidiendo la satisfacción de sus necesidades básicas o de sus intereses vitales*", y que la consideración igualitaria de las personas en sus exigencias de cuidado y salud supone el rechazo de cualquier trato discriminatorio por razones de sexo, raza, convicciones religiosas, etc. En síntesis, que los principios normativos de autonomía, beneficencia, no maleficencia e igualdad no se construyen arbitrariamente, ni se proponen dogmáticamente, sino que se levantan sobre la aceptación de un dato cierto: el reconocimiento y la exigencia de satisfacción de las necesidades básicas. Es la afirmación de este objetivismo moral lo que permite tomar distancia por igual de las teorías generalistas y particularistas en bioética y, por tanto, del absolutismo principialista y el subjetivismo casuístico que las caracterizan, respectivamente. La crítica de Atienza a la concepción de Diego Gracia –deudora a su vez del pensamiento de Ronald Dworkin– va delineando lo que luego será su propuesta de orden y enunciado de los principios. Para Gracia, en la interpretación de Atienza, los cuatro principios clásicos de la bioética no tienen el mismo rango porque su fundamentación es distinta: "*La no maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y* [...] *por tanto,*

tienen un rango superior a los otros dos". Los principios del primer nivel –no maleficencia y justicia– son, además, "*expresión del principio general de que todos los hombres somos básicamente iguales y merecemos igual consideración y respeto*". Atienza critica a Gracia, con razón, en el sentido de que la división de los principios que sugiere no está justificada: "*Por un lado, el fundamento de esa jerarquización (el hecho de que unos obligan con independencia de la opinión y la voluntad de los implicados) parece envolver una suerte de* petición de principio*: si se acepta el criterio, entonces, obviamente, la autonomía ha de tener un rango subordinado, pero lo que no se ve es por qué ha de ser ese el criterio de la jerarquía; esto es, queda sin fundamento por qué la opinión y la voluntad de los implicados –o sea, la autonomía– ha de subordinarse a alguna otra cosa, a algún otro valor*". Por otro lado, si se acepta la prioridad del principio de igual consideración y respeto por encima del de autonomía, "*no se entiende muy bien por qué la opinión y la voluntad de un individuo ha de contar menos que la de otro, esto es, no se entiende por qué la autonomía no es también expresión de ese principio general*".

La ponderación de los principios éticos. Para Atienza –con quien comparto su crítica a Diego Gracia– el principio de autonomía tiene cierta prevalencia, entonces, sobre el principio de igual consideración y respeto. En este entendido el autor propone cuatro principios normativos: *autonomía*, *dignidad*, *igualdad* e *información*. Estos principios responden a las siguientes preguntas: "*a) ¿quién debe decidir (el enfermo, el médico, los familiares, el investigador)?; b) ¿qué daño y qué beneficio se puede (o se debe) causar?; c) ¿cómo debe tratarse a un individuo en relación con los demás?, y d) ¿qué se debe decir y a quién?*" (6) Estos cuatro principios serían suficientes para resolver los "casos fáciles", pero son insuficientes para los "casos difíciles". Para estos se requerirían principios secundarios que derivaran de los primarios de modo tal que ante la insuficiencia del principio de autonomía se apelara al principio de paternalismo justificado; de la insuficiencia del de dignidad al de utilitarismo restringido; del de igualdad al de trato diferenciado y del de información al de secreto. En el discurso práctico –por ejemplo, en un comité de ética– se podría establecer "*cierta prioridad en favor de los primeros, que podría adoptar la forma de una regla de carga de la argumentación: quien pretenda utilizar, para la resolución de un caso, uno de estos últimos principios (por ejemplo, el de paternalismo frente al de autonomía, etcétera) asume la carga de la prueba, en el sentido de que es él quien tiene que probar que, efectivamente, se dan las circunstancias de aplicación de ese principio*". El enunciado de los principios secundarios que Atienza propone sería como sigue: *Principio de paternalismo justificado*: "*Es lícito tomar una decisión que afecta a la vida o salud de otro si: a) este último está en situación de incompetencia básica; b) la medida supone un beneficio objetivo para él, y c) se puede presumir racionalmente que consentiría si cesara la situación de incompetencia*". *Principio de utilitarismo restringido*: "*Es lícito emprender una acción que no supone un beneficio para una persona (o incluso que no le supone un daño), si con ella: a) se produce (o es racional pensar que podría producirse) un beneficio apreciable para otro u otros; b) se cuenta con el consentimiento del afectado (o se puede presumir racionalmente que consentiría), y c) se trata de una medida no degradante*". *Principio de trato diferenciado*: "*Es lícito tratar a una persona de manera distinta que otra si: a) la diferencia de trato se basa en una circunstancia que sea universalizable; b) produce un beneficio apreciable en otra u otras, y c) se puede presumir racionalmente que el perjudicado consentiría si pudiera decidir en circunstancias de imparcialidad*". (8) Atienza enuncia un cuarto principio secundario –el del secreto– que correspondería al principio primario de información. (9) Creo que este par de principios podría subsumirse de manera adecuada en el principio de autonomía personal y de paternalismo justificado, respectivamente. Parece claro que para que un individuo pueda decidir con respecto a aquello que le afecte a su salud es una condición necesaria que se encuentre debidamente informado. La doctrina del *consentimiento informado*, tan desarrollada en el contexto anglosajón, es una prolongación natural del debido respeto a la autonomía de cada individuo. Con todo, sea mediante principios primarios o secundarios, por su carácter de *inconcluyentes*, no sería posible aún resolver definitivamente un caso. Por tanto, además de principios son necesarias las reglas, es decir, "*un conjunto de pautas específicas que resulten coherentes con ellos y que permitan resolver los problemas prácticos que se plantean y para los que no existe, en principio, consenso*". El problema fundamental de la bioética no sería otro, en definitiva, que el de pasar del nivel de los principios al de las reglas. Este tránsito de niveles puede ilustrarse con varios ejemplos: a) ante el caso controvertido de la transfusión sanguínea a un niño Testigo de Jehová, el principio primario de autonomía personal de los padres debe ceder ante el principio secundario de paternalismo justificado que justifica la regla: "*un padre no puede impedir que a su hijo se le trasfunda en caso de necesidad*"; b) ante la situación concreta de un paciente en estado vegetativo, irreversible, el posible principio primario de dignidad personal debe ceder ante el principio secundario del utilitarismo restringido que justifica la regla: "*es lícita la eutanasia activa para evitar un*

mayor daño a los familiares y beneficiar a terceros con los recursos hospitalarios"; c) ante la escasez de órganos y la creciente demanda de los mismos, el principio primario de igualdad debe ceder ante el principio secundario de trato diferenciado que justifica la regla: "*Es lícito preferir para un trasplante (en igualdad de otras condiciones) al enfermo que pueda pronosticarse una mayor cantidad y calidad de vida*". La propuesta de Atienza se inscribe así en una concepción de la *ponderación* de principios que se aparta de esquemas rígidamente absolutistas, en la medida en que los principios por él enunciados se caracterizan por ser *prima facie,* y también de posiciones escépticas que hacen de la ponderación una actividad radicalmente subjetiva, resultado de un juicio de valor del intérprete y, por tanto, no sujeta a un control racional. Para Atienza, de acuerdo con el pensamiento de Robert Alexy, la ponderación de principios constituiría un paso previo a la *subsunción*, es decir, en casos conflictivos donde colisionan dos principios, la ponderación de los mismos es necesaria para que, de acuerdos con ciertos criterios racionales, se proceda a mostrar que el caso individual de referencia no es otra cosa que "*una instancia de un caso genérico al que una norma jurídica aplicable correlaciona con una consecuencia normativa*". En los términos de Alexy y Atienza, en una colisión de principios, las condiciones bajo las cuales un principio *precede* a otro constituyen el supuesto de hecho de una regla que expresa la consecuencia jurídica del principio precedente. En el ejemplo del niño Testigo de Jehová el principio de paternalismo justificado *precede* al de autonomía personal si se cumplen, para el caso individual, sus condiciones de aplicación: se trata de un incompetente básico, la medida supone un beneficio objetivo para él y podría presumirse *racionalmente* que consentiría el acto si cesara la situación de incompetencia. Estas condiciones de aplicación constituyen, a su vez, el *supuesto de hecho* de una regla que se enunciaría: "*un padre no debe impedir que a su hijo menor de edad se le trasfunda en caso de necesidad*". Regresando a las preguntas iniciales sobre teorías, principios y reglas, es precisamente en el mismo proceso deliberativo de ponderación de principios y de tránsito de los principios a las reglas para alcanzar un equilibrio reflexivo donde la actividad del filósofo práctico desempeña un papel importante. Ahora bien, que los principios normativos (y las reglas) sean relevantes para orientar las decisiones de los funcionarios públicos de la salud o de los miembros de los comités de bioética parece claro, entonces, siempre que se acepten algunas condiciones: 1. su pluralidad y objetividad en tanto expresan la exigencia de satisfacción de necesidades básicas y presuponen una "moralidad común"; 2. su valor *prima facie* y el recurso a la *ponderación* cuando dos principios entran en conflicto; 3. la distinción entre principios primarios y secundarios y la prevalencia de los primeros para determinar la carga de la prueba; y 4. la *subsunción* que significa el tránsito necesario de los principios a las reglas para la resolución de las situaciones concretas. El conjunto de principios y reglas –de resoluciones que fueran emanando de cada uno de los comités hospitalarios, estatales y a nivel nacional– irían conformando, como lo sugiere el propio Atienza, una suerte de *jurisprudencia*, que garantizaría continuidad en las decisiones y seguridad entre los ciudadanos.

Referencias

Manuel Atienza, "Juridificar la bioética", *Isonomía* N.º 8, abril 1998, pp. 75-99. - James Fishkin, *Justice, Equal Opportunity and the Family,* Yale University Press, New Haven, 1983. - James Fishkin, "Las fronteras de la obligación", en *Doxa,* No. 3, Alicante, 1986, pp. 80-82. Carlos Nino, "Autonomía y necesidades básicas", *Doxa,* No. 7, Alicante, p. 22. - Ernesto Garzón Valdés, "Necesidades básicas, deseos legítimos y legitimidad política en la concepción ética de Mario Bunge", en *Derecho, ética y política,* Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1993, pp. 546 y ss. - Rodolfo Vázquez, *Liberalismo, estado de derecho y minorías,* México, Paidós-UNAM, 2001. - Ramón Casals Miret y Lydya Buisán Espeleta, "El secreto médico", en María Casado, *Bioética, derecho y sociedad,* Madrid, Trotta, 1998, pp. 151-176. - José Juan Moreso, "Conflictos entre principios constitucionales", en Miguel Carbonell, *Neoconstitucionalismo(s),* Madrid, Trotta, 2003.

Bioética y complejidad

Pedro Luis Sotolongo (Cuba) - *Instituto de Filosofía de La Habana*

Contextualización del emerger de la práctica y de la reflexión bioéticas desde dentro del saber y de las realidades de la vida cotidiana contemporánea. La bioética emerge en el último tercio del recién finalizado siglo XX, como concientización colectiva de la interacción entre las acciones sociales y los valores culturales de las personas y la dinámica de los sistemas biológicos en evolución; así, va constituyendo una praxis y una reflexión acerca de esa praxis en torno de los problemas de la vida humana, animal y vegetal, de su calidad, de su sentido, de su sustentabilidad, de los valores que subyacen a su aprehensión y comprensión. Es pues un ámbito aún joven que va erigiendo un tipo nuevo de pensamiento y un tipo nuevo de praxis éticos que se vienen haciendo necesarios para lidiar con problemas y desafíos éticos nuevos concernientes a la existencia de los seres vivos individuales y a la sustentabilidad de sus especies en evolución; todo generado por una época también nueva: nuestra contemporaneidad. ¿Cuál es ese

nuevo tipo de problemas que ha condicionado su emerger? Es aquel que, dimanante de esa vida cotidiana contemporánea, es resultante de un cada vez mayor nexo entre el ámbito de *lo real* (la vida y su evolución) y el impacto sobre *lo real* de los ámbitos de *lo simbólico* (el conocimiento y la comprensión de la vida y los valores éticos que le subyacen) y de *lo imaginario* (la plasmación de la invención e innovación tecnológicas concernientes a la vida) y que alteran sustancialmente esa vida y sus formas. Algunos ejemplos de tales problemas son el denominado *problema ambiental*, en realidad una consecuencia del modelo cultural de entorno construido por la racionalidad de la modernidad occidental; el problema del cambio climático global del ecosistema planetario, originado por los excesos del aludido modelo cultural de entorno; el de la producción de alimentos transgénicos; el de la clonación humana y no humana; el de la manipulación génica en general; el de las nuevas posibilidades y opciones atañentes al inicio, el transcurso y el final de la vida; muchos de ellos como resultado del desarrollo y asimilación de las biotecnologías que usufructúan a su vez los avances de la microbiología y de la genética, entre otras. Tales problemas han ido plasmando una cada vez más extendida concientización de los límites de nuestra existencia como especie y de los riesgos de nuestra intervención intencional en procesos hasta ahora privativos del azar natural y han traído consigo dilemas éticos que antes no existían y que invaden los ámbitos de lo político, de lo sociológico, de lo ecológico y ambiental. Ello ha propiciado la convergencia entre la praxis y la reflexión bioéticas y las del ambientalismo holista. A su vez, dichas circunstancias también propician e impelen a construir y sostener visiones evolutivas, procesuales y dinámicas del mundo que nos rodea, de nuestro conocimiento del mismo y de la responsabilidad para con el devenir futuro de ese mundo por parte del que lo indaga e interviene en sus procesos. Esta última circunstancia ha venido condicionando la convergencia entre la praxis y la reflexión bioéticas y las del pensamiento de la complejidad.

La contribución de la bioética a la construcción colectiva en marcha de un nuevo ideal de racionalidad, alternativo al imperante desde la modernidad. Las circunstancias contemporáneas aludidas de una imbricación cada vez más significativa entre el ámbito de *lo real* y los de *lo simbólico* y *lo imaginario*, que han dado origen, entre otras cosas, a la praxis y reflexión bioéticas, son, al mismo tiempo, la resultante de que el proceso de nuestra evolución como especie humana, preponderantemente centrada ahora en nuestra evolución cultural, está alcanzando nuevos estadios que van cada vez más "cerrando el bucle" retroactivo entre los niveles somáticos, neurológicos y socioculturales. Dicho proceso va plasmando interacciones y retroacciones *de segundo orden*: naturaleza (incluyendo nuestro soma y el de otros organismos vivos) –sociedad–cultura. Las herramientas construidas por la racionalidad de la modernidad: analíticas, lineales y organizadas disyuntivamente en disciplinas del saber no poseen suficiente capacidad heurística para la aprehensión y comprensión de semejantes procesos de segundo orden que se ven necesitados de una racionalidad alternativa a aquella, que elabore otras herramientas cognitivas y comprensivas de mayor fuerza heurística con ayuda de las cuales construir una nueva imagen o cuadro del mundo, un nuevo estilo de pensamiento, guiado por valores y normas diferentes. Tal proceso ya está en marcha y aunque epocalmente hablando es aún incipiente, su importancia requeriría que lo distingamos y acompañemos conscientemente. La praxis y la reflexión de la bioética, sobre todo las que no la reducen a su dimensión biomédica, por supuesto legítima, pero parcial, están ya haciendo sus aportes (junto a los aportes convergentes del ambientalismo holista y del pensamiento de la complejidad) a la construcción de esa nueva racionalidad alternativa. La bioética aporta a ella un pensamiento holista, dirigido a la comprensión de las totalidades involucradas en sus situaciones problémicas y no a su desmembración analítica en partes independientes; un pensamiento no-lineal, atento a que cambios pequeños en las condiciones bioéticas reinantes puedan suscitar grandes consecuencias, y un pensamiento transdisciplinar, que se nutre de nociones provenientes de muy diversas disciplinas y campos interdisciplinarios y multidisciplinarios, y que, sin sustituir a ninguno de tales ámbitos, los trasciende, permitiendo construir un saber bioético transdisciplinar que propicia el aprehender y comprender nuevos rasgos –antes disciplinadamente invisibilizados– en los fenómenos bioéticos indagados. Tales aportes, contrastantes con el pathos analítico, lineal y disciplinar de la racionalidad de la modernidad y más adecuados para la aprehensión y comprensión de los aludidos procesos contemporáneos de segundo orden, pretenden contribuir a trascender el giro y carácter instrumental que la racionalidad de la modernidad adquirió cada vez más a partir del industrialismo en el siglo XIX y que ha cobrado un "segundo aire" con la actual globalización y sus estrategias de poder económico, sociológico y político de carácter y orientación neoliberales. Lo que está en juego en dicho empeño por construir colectivamente *una racionalidad bioética, ambiental* y *compleja* no es poco; por el contrario, involucra eludir los peligros –ya cada vez más evidentes– de una catástrofe ética, ambiental y ecológica, a la que a todas luces parece encaminarse la humanidad en este primer decenio del

nuevo siglo XXI; permitiendo la supervivencia de nuestra especie y del resto de las especies animales y vegetales, así como el emerger de una nueva calidad de vida y una aprehensión y comprensión de esa vida y su sentido que engarcen con políticas que se dirijan a propiciar el bien colectivo y no el de minorías empoderadas y privilegiadas nacionales e internacionales, generando un orden mundial más justo y equitativo que el desorden mundial globalizado neoliberalmente imperante en la actualidad, con una mucho más justa distribución de las riquezas ya existentes y/o alcanzables con los medios de que dispone ya la humanidad. La praxis y la reflexión de una bioética global y profunda constituyen un importante –insoslayable– componente de dichos esfuerzos colectivos, al preguntarse: ¿Cuál futuro es el que se avizora ahora como el más inminente para la humanidad y para las manifestaciones de la vida en general? ¿Es el que deseamos? Si no lo es, ¿cuáles otras opciones parecen posibles? ¿Qué "puentes" –y cómo– podemos construir hacia las mismas? Esa actitud de responsabilidad por el futuro de la humanidad, por la sustentabilidad de la especie humana, por las consecuencias de nuestras acciones (y de lo que dejamos de hacer) para las nuevas generaciones, por la urgencia, en función de todo lo anterior, de una convergencia y fructificación mutua de los saberes naturales y sociales, de valores y conocimientos, es la actitud concomitante con una bioética que merezca el nombre.

La articulación de la práctica y la reflexión bioéticas con el pensamiento de la complejidad y con las estrategias de indagación de fenómenos complejos. La articulación de la práctica y la reflexión bioéticas con las del pensamiento de la complejidad –dentro de esa construcción colectiva en marcha de un nuevo ideal de racionalidad– no es casual, ni proviene de los caprichos de "bioeticistas" y "complexólogos". Por el contrario, proviene de las condiciones sociales contemporáneas que han hecho posible el emerger de ambas direcciones de pensamiento y praxis. Es decir, proviene de sus condiciones mismas de posibilidad: de la trama cada vez más articulada, religada y abarcadora, es decir, compleja (según la etimología de *complexus*, o sea, *que abarca*, y de *complectere*, es decir, *trenzar, enlazar el principio y el final*, en latín) de las interacciones locales de los seres humanos en el ámbito de su vida cotidiana, la preponderancia que ha adquirido la dimensión ética de su aprehensión del mundo que les rodea y los procesos más globales de co-evolución de la naturaleza y de nuestras sociedades contemporáneas. Nunca como ahora han devenido tan estrechamente trenzadas y abarcadoras –complejas– las articulaciones entre los derechos, los deberes, las expectativas y las realidades (convergentes y divergentes con tales derechos, deberes y expectativas) vinculadas al disfrute de una vida individual con dignidad, es decir, con salud, techo, abrigo, alimento, educación, recreación, amor y solidaridad humana, por una parte, con los valores que guían y subyacen al conocimiento humano y, por otra parte, con las exigencias ecológicas y las políticas necesarias para la sustentabilidad colectiva de nuestra especie humana en este planeta. Es de esa índole cada vez más profunda y extensamente religada –epocalmente hablando– de nuestras realidades concernientes a la vida individual y a la existencia colectiva de la especie (de la cada vez más evidente articulación y cierre de bucles de segundo orden entre *lo local* y *lo global* de los fenómenos vivientes), de donde se suscita la necesidad de la articulación entre las estrategias de abordaje de las problemáticas bioéticas y las estrategias de indagación de los fenómenos complejos (y su comunidad de pensamientos holísticos, no lineales y transdisciplinares). Y al mismo tiempo, la que permite comprender –sin falsos sectarismos y/o rivalidades– por qué y cómo la bioética desborda con creces los problemas, de suyo importantes, y necesitados de estudio y solución adecuadas y en ocasiones urgentes, de la bioética clínica, de la ética médica o de una ética *aplicada* a la disponibilidad y utilización de las nuevas tecnologías bio-médicas y/o ingeniero-genéticas; así como por qué desborda la problemática de la protección de los derechos de los pacientes. Y es dicha índole la que sustenta el reclamo por el desarrollo de una bioética global o profunda, como componente del nuevo ideal de racionalidad en construcción.

El común estatuto epistemológico de la bioética y del pensamiento de la complejidad. Además de esa comunidad dimanante de sus condiciones contemporáneas de posibilidad, la bioética y el pensamiento de la complejidad comparten su común estatuto epistemológico. En otras palabras, marchan por el mismo camino para la obtención de sus "cuotas" de saber. Dicha circunstancia las hace trascender los dos caminos tradicionales de la epistemología de la modernidad para la obtención de "cuotas" de saber, situándose más allá de las dos vertientes epistemológicas características del pensamiento de esa modernidad: la del objetivismo gnoseologizante de que han hecho gala los diferentes positivismos, el estructuralismo y los materialismos vulgares; pero también la del subjetivismo fenomenologizante puesto en juego por los diferentes existencialismos, el interaccionismo simbólico, la etnometodología y los idealismos de diferente inspiración. Por el contrario, la bioética y el pensamiento de la complejidad, para lograr sus "cuotas" de saber bioético y complejo, marchan por el camino de la contextualización situacional de las problemáticas bioéticas y/o complejas que indagan y

de la comprensión de sus sentidos cognitivos, valorativos y praxiológicos. Es decir, tributan a una epistemología de índole hermenéutica. Por tal camino, reivindican la reflexividad del conocimiento, que ha sido puesta en evidencia por la llamada *nueva epistemología* o *epistemología de segundo orden*, que es, precisamente, de inspiración hermenéutica. Tal reflexividad nos hace comprender que cuando intentamos obtener "cuotas" de saber bioético y/o complejo, la actividad indagadora del sujeto es inseparable del objeto de su indagación, es decir, de la situación bioética y/o compleja que se afana por comprender en su contexto situacional y en sus múltiples sentidos. Ya no basta, pues, con saber el resultado explícito –el *qué*– obtenido en una u otra indagación. La reflexividad de todo indagar exige que contextualizemos el mismo; en otras palabras, que tengamos en cuenta el *quién* indaga, *por qué* indaga, *para qué* indaga, *cómo* indaga, desde *dónde* indaga y *cuándo* es que indaga. Es de todos esos *indexicales* de la indagación de dónde dimanan sus sentidos cognitivos, valorativos y praxiológicos.

La fecundidad del diálogo transdiciplinar entre los saberes y quehaceres de la bioética y del pensamiento de la complejidad. De esa su comunidad de condiciones contemporáneas de posibilidad, que propicia su articulación práctica, y de ese su estatuto epistemológico compartido, que condiciona su fructífera articulación cognitiva, dimana, entre otras circunstancias, la fecundidad del diálogo de saberes bioético y del pensamiento de la complejidad. Pero semejante diálogo de saberes no debe ser entendido como reducido al intercambio, por válido que sea, de "cuotas" de saber teórico y/o empírico provenientes de ambas tradiciones. Implica, además, el reconocimiento y el respeto no solo a la diferencia complementaria de dichas "cuotas" de saber, sino también hacia la multiplicidad y diversidad de saberes provenientes de otros ámbitos de la ciencia. Y, más aún, el reconocimiento y respeto por los saberes dimanantes de diferentes tradiciones culturales y civilizatorias, de todas las cuales pueden y deben nutrirse los saberes y las prácticas bioéticas y del enfoque de la complejidad. Semejantes reconocimiento, respeto y mutua fecundación de esa multiplicidad y diversidad científica, cultural y civilizatoria –incluyendo las culturas y civilizaciones preteridas por el cientificismo y desarrollismo de la modernidad– constituyen el verdadero sentido del aludido diálogo transdisciplinar de saberes bioético y/o complejo.

La necesidad de la proyección de los saberes y prácticas bioéticas y las del pensamiento de la complejidad hacia la solución atenta y comprometida de los problemas éticos de la vida y el vivir contemporáneos. La práctica y la reflexión bioéticas y las del pensamiento de la complejidad, al dimanar de las realidades de nuestra contemporaneidad, no pueden concebirse, entonces, ajenas y desligadas de las contradicciones sociales del recién terminado siglo XX que las engendró. Más aún que tales contradicciones están vigentes en este comienzo del siglo XXI por no haber sido resueltas, por persistentes y vinculadas a las prácticas dominantes en las tomas de decisiones atañentes a la vida y a las estrategias de su apropiación por parte de círculos sociales empoderados que pretenden hacer pasar sus intereses y objetivos sociales particulares como si fuesen los intereses y objetivos generales de la humanidad. De este modo, la complejidad de las problemáticas bioéticas no solo se desplaza del terreno epistemológico de la vieja *epistemología de-primer-orden* hacia la de segundo orden, sino que se hace cargo de las articulaciones poder bioético-saber bioético, imbricadas con las prácticas, con los imaginarios y con los discursos bioéticos de apropiación, producción y transformación de la vida y de sus formas; prácticas, imaginarios y discursos que pueden estar guiados por los principios de –y orientados hacia– ya bien la sustentabilidad de la vida o ya bien su depredación. Por lo mismo, lo bioético no constituye un mero saber *ascético*, sino una articulación de conocimientos, valores y estrategias en un campo antagónico (contradictorio) de intereses sociales en conflicto, de identidades sociales y culturales diferenciadas, de relaciones sociales de alteridad. O sea, un campo social conflictual atañente al desarrollo sustentable de la vida en todas sus manifestaciones, vegetal, animal y humana. Este campo tiene un fuerte e indefectible asidero en esas contradictorias –por injustas– realidades del mundo en que nos ha tocado vivir; y son estas contradictorias realidades las que otorgan su sentido situacional y contextual más legítimo a las prácticas bioéticas. Así, pueden distinguirse, *grosso modo*, dos sentidos diferenciales –y diferenciables– de lo bioético: una bioética-del-consenso-social, no articulada con la política, que tributa objetivamente a favor de una conciliación de intereses dentro del statu quo social vigente, obviando contradicciones sociales insalvables Cuando se trata de intereses sociales conciliables, acierta; cuando se topa –más temprano que tarde– con intereses sociales irreconciliables (de explotación, de marginación, de exclusión social de unos por otros, como los imperantes en muchos lugares, incluida nuestra región latinoamericana y caribeña) yerra y no puede no errar; y una bioética-de-las-contradicciones-sociales, articulada con la política y orientada a revelar las contradicciones de intereses y fines bioéticamente relevantes dentro de esas realidades sociales contemporáneas de las cuales ha emergido, en particular en

nuestro ámbito las atañentes a nuestra región latinoamericana y caribeña, para afrontar dichas contradicciones en aras de objetivos de justicia y equidad sociales.

Referencias

Pedro Sotolongo, "El tema de la complejidad en el contexto de la bioética", *Estatuto Epistemológico de la Bioética,* México, Unesco, 2005, pp. 95-123. - Pedro Sotolongo, *Ideas para una filosofía fenomenológica. Primer Libro: Introducción general a la fenomenología pura (Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologisches Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie)*; en la nueva edición de Kart Schuhmann, Husserliana III, I, La Haya, M. Nijhoff, 1976. - Pedro Sotolongo, *Para una fenomenologia de la intersubjetividad, (Zu einer Phänomenologie der Intersubjektivität,)* editado por Iso Kern, Husserliana XIII, XIV y XV, La Haya, M. Nijhoff, 1973.

Bioética de los Derechos Humanos

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Introducción histórica y conceptual. La postulación de una *bioética de los Derechos Humanos* fue realizada por primera vez el 5 de octubre de 2001 en Buenos Aires, como apertura del Encuentro Regional Bioética y Derechos Humanos. En este encuentro se reunieron representantes del movimiento bioético con representantes del movimiento de los Derechos Humanos. Ese día se cumplía un año de la impugnación de un miembro de la Comisión Nacional de Bioética de Argentina por su pertenencia como ministro de Justicia a una dictadura que como el nazismo había cometido los crímenes más aberrantes. La propuesta de una bioética de los Derechos Humanos fue un modo de respuesta, entonces, a la confusión y perversión de la ética que se hacía en nombre de la bioética. Dos ejemplos mayores de esta situación eran el descubrimiento de una realidad nacional inaceptable que mostraba veinticinco años después cómo un funcionario de primer nivel de una dictadura responsable de crímenes de lesa humanidad había pasado a ocupar un lugar de referencia en bioética; y en segundo término el debate internacional en el que algunos bioeticistas postulaban en el terreno de las investigaciones biomédicas el abandono del consenso que todas las concepciones bioéticas tenían desde Nuremberg sobre el común respeto del universalismo moral de los Derechos Humanos para introducir en su lugar un doble estándar moral para ricos y pobres. Asimismo, postular una bioética de los Derechos Humanos era una respuesta al fundamentalismo de los principios éticos y al imperialismo moral ejercido en su nombre, en particular en América Latina, porque, entre otros supuestos falsos, ambos desconocían a la salud como un derecho humano y reducían a la justicia al rango de principio *prima facie*. La bioética de los Derechos Humanos se desarrolló desde entonces sosteniendo dos tesis básicas. La primera postula que desde su origen *la bioética* es un campo plural de reflexión ético-normativa que admite distintas singularidades de pensamiento y, por tanto, diversas bioéticas, pero a partir y en modo indisociable al respeto de la moral universal de los Derechos Humanos que incluye el respeto de la diversidad cultural y lingüística. Esta tesis se enuncia como respuesta general a todo intento de disociación de la bioética del respeto de los Derechos Humanos, y en particular como respuesta al fundamentalismo de los principios éticos y al imperialismo moral (v.) presentes en la doctrina del neopragmatismo vinculado al neoliberalismo. Se trata de una tesis histórico-sociológica. La segunda tesis sostiene que toda concepción teórica de la bioética debe dar cuenta del lugar que ocupan la moral del sentido común, los valores, los principios y las virtudes en la dimensión ética de la teoría, pero a la vez debe fundamentar las relaciones que la racionalidad moral tiene con otras racionalidades como la jurídica, la científica y tecnológica, y la estética, en el *conjunto* del campo normativo denominado bioética. Se trata de una tesis filosófico-normativa.

Una teoría de teorías. Ambas tesis postulan una *teoría de teorías* que permita demarcar el campo de la bioética, y no una teoría que pretenda oponerse a otras teorías al modo en que, por ejemplo, la justificación moral se ha propuesto como oposición a la casuística. La bioética de los Derechos Humanos se opone en cambio a la bioética liberal-pragmática, que pretende abarcar en modo amplio a toda concepción teórica de la bioética y que en ese sentido se postula asimismo como una teoría de teorías. En ese marco, por ejemplo, hay quienes pretenden asociar los términos *liberalismo* y *Derechos Humanos*, negando que la construcción del derecho internacional de los Derechos Humanos nació del consenso político internacional entre los dos grandes bloques de países liberales y socialistas, lo cual quedó expresado en los dos grandes Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos (más caro al liberalismo y su concepto de libertad) y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (más caro al socialismo y su concepto de igualdad) y que en términos religiosos y culturales supuso un consenso entre las grandes religiones (cristianismo, islamismo, budismo, entre otras) y las culturas más diversas de Oriente y Occidente. La bioética de los Derechos Humanos, por tanto, no es una bioética *de los principios éticos*, *de las virtudes*, *del cuidado*, *de la persona*, *del género*, o de otras concepciones posibles que toman como núcleo conceptual fundamental términos que no

sean los Derechos Humanos. Y esto aunque se trata de una concepción de la bioética que es incluyente respecto de los términos *principios éticos*, *virtudes*, *cuidado*, *persona*, *género*, etcétera. Lo que esta bioética afirma es que los Derechos Humanos son el mínimo moral o la frontera demarcatoria entre los mundos de la moral y la inmoralidad, en modo tal que solo desde ellos es posible hoy –histórica y sociológicamente hablando– la construcción crítica y reflexiva de toda bioética. Y si bien este supuesto puede ser compartido por quienes adscriben a otras denominaciones de la bioética, y con ello estarán legitimados para decir que la de ellos también es una "bioética de los derechos humanos", nuestra concepción no se presenta para disputar con esas alternativas, sino para enfrentarse a todas aquellas formas en que se expresan por sus diversos modos –sean estos burdos o sutiles– todos los discursos, lenguajes y conductas que manifiestan la disociación entre bioética y Derechos Humanos. Adoptamos una posición que recurre entre otros argumentos a la *ética del sentido común* y la *ética de los valores* como marco de fundamentación de los Derechos Humanos en tanto exigencias morales. Y nos ocupamos de mostrar cómo la noción de derechos humanos, cuando se la concibe en un modo histórico-explicativo, nos permite comprender el carácter fundamental de la dignidad humana como valor incondicionado y de la justicia como deber absoluto (y no *prima facie*). La justicia es un deber absoluto para la bioética de los Derechos Humanos porque ella constituye el respeto mismo del valor incondicionado de la dignidad humana. Ese respeto se expresará en el conjunto de los Derechos Humanos como modo de hacer realidad en el mundo ese valor de la dignidad humana, pasando del reconocimiento y respeto de lo valioso al deber de realizarlo en la esfera práctico-moral. Nos enfrentamos así a dos grandes conjuntos de concepciones de la bioética. Uno es el conjunto de concepciones orientadas a las obligaciones *prima facie* como punto de partida, los resultados, la utilidad, la eficacia estratégica y *el instante* en tanto rechazo del decurso histórico en el momento constructivo de la moral. Otro es el conjunto de concepciones orientadas a las obligaciones universales como punto de partida, los fines, la verdad, la justicia y la memoria histórica como supuesto de construcción de la moral.

El sesgo del ethos *angloamericano para una bioética liberal-pragmática*. Los orígenes de la bioética en Estados Unidos, y en particular el carácter dominante que determinadas corrientes como la justificación moral por principios o principialismo le otorgaron a la misma, redujeron sus características a un conjunto que confundió la parte con el todo. La tradición liberal de Estados Unidos, entendida como énfasis en la economía de libre mercado y acento en el individualismo, comenzó restringiendo la noción de bienestar social y satisfacción de las necesidades presente en la visión amplia de la concepción tradicional de ética y Derechos Humanos heredada a fines de la Segunda Guerra Mundial. La ética de la investigación científica en el *Código de Nuremberg* (1947) y en la *Declaración de Helsinki* de la Asociación Médica Mundial (1964 y ss.), así como la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948), recogían un equilibrio entre los supuestos de la tradición liberal y la tradición socialista. Los dos grandes pactos internacionales de las Naciones Unidas (1966), el de Derechos Civiles y Políticos, y el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fueron la mayor expresión de esos dos supuestos, aunque la no ratificación de este último por Estados Unidos anunciaba el sesgo reduccionista que la visión neoliberal daría a la bioética. La negación de la salud como derecho humano básico, que la *Declaración de Alma-Ata* (1978) de la Organización Mundial de la Salud procuró proteger, puede verse como una de las mayores expresiones de ese reduccionismo. El sentido liberal particular de la bioética en sus orígenes académico y disciplinar en Estados Unidos vino a romper así con el sentido de la ética universalista que daba fundamento a la bioética originada en el consenso internacional de naciones en la posguerra. La bioética dominante durante los años setenta y ochenta fue de tipo clínico antes que social o enfocado a la salud pública, se orientó a los problemas tecnológicos de *el curar* antes que a las cuestiones interhumanas de *el cuidar*, y promovió una mezcla pragmática entre valores éticos e intereses económicos antes que un verdadero entendimiento moral comunitario. A partir de entonces, la prospectiva estratégica de la globalización tecnológica orientada al estudio del futuro para poder influir en él, tratando de identificar las tecnologías que produzcan mayores beneficios económicos o sociales, concepción centrada en los resultados de la tecnología, se asoció a los supuestos éticos del pragmatismo utilitarista. Así se postuló el apoyo en la *esperanza útil* de un futuro más inclusivo y sin obligaciones éticas universales como distinta del *conocimiento verdadero* que se pretende encontrar al decir que hay derechos inalienables y, por tanto, obligaciones morales incondicionadas. El neoliberalismo y el neopragmatismo fueron presentados así como estado de ánimo esperanzado, progresista y experimental; de donde se concibe al pragmatismo liberal como apoteosis del futuro y de toda prospectiva. Esta concepción postula que debemos abandonar la noción de derechos humanos inalienables y pensar una bioética sin obligaciones universales; debemos librarnos de la noción de obligación moral incondicional que sería semejante a una "obediencia a la voluntad divina"; debemos considerar el progreso científico como la aptitud creciente de responder a las inquietudes de grupos cada vez más extensos de personas;

debemos abandonar la idea de que la finalidad de los discursos es representar la realidad con corrección y discutir la *utilidad* de los discursos como constructos sociales –entre ellos la utilidad del concepto de dignidad–, y debemos considerar el *progreso moral* como un estar en condiciones de responder a las necesidades más abarcativas. Sin embargo, la utilidad del neopragmatismo como discurso para dar respuesta a las necesidades de la población mundial como un todo es cada día menor y encierra un regreso moral visible en el fracaso de la globalización neoliberal. El progreso científico en el campo de las ciencias de la vida y la salud muestra a su vez una *aptitud decreciente* para responder a las inquietudes de los grupos más numerosos de personas si uno atiende a la brecha 10/90. Además, la obligación moral incondicional de los derechos humanos lejos de ser semejante a una obediencia a la voluntad divina, es un enunciado secular contraído por los Estados nacionales con independencia de las religiones o, en todo caso, sin subordinación a las mismas. Finalmente, la condición humana se define como aquella característica (pensamiento, discurso y acción) de la que ninguna persona puede ser privado (o alienado).

Fines, verdad y justicia. El otro gran conjunto de concepciones de la bioética es el de aquellas orientadas a los fines, la verdad y la justicia. Así, el pensamiento antiguo y medieval consideró a la comunidad buena como aspiración o fin (Cicerón, "*spectare commune bonum*"). Lo común y lo público aparecen aquí como concurrentes. Sin embargo, la modernidad introdujo una noción de futuro trazado por el despliegue de las fuerzas tecnológicas y del mercado (progreso científico, propiedad privada, individualismo) en el que se acentuó la concurrencia de lo propio y lo privado. Con la Declaración Universal de Derechos Humanos puede afirmarse que se conjugó el ideal de una comunidad global respetuosa a la vez de los derechos individuales y los derechos sociales como obligaciones incondicionadas. Esta prospectiva universalista de la bioética permite considerar que ante un pasado colonial, dictatorial y autoritario contra la vida y el vivir individual y comunitario, y ante un presente de exclusión individual y social de la satisfacción de necesidades básicas y de la participación comunitaria en pensamiento, discurso y acción, solo cabe el futuro de una bioética comprometida globalmente con un futuro de obligaciones universales para con la comunidad y por el Estado. Para mirar al futuro, la bioética de los Derechos Humanos puede considerarse en su vertiente positiva o constructiva como una ética dialéctica (crítico-normativa), que reconoce la singularidad de la dignidad humana y así respeta auténticamente el pluralismo, que postula el universalismo prescriptivo de los derechos humanos y así respeta verdaderamente la diversidad cultural, y que se diferencia de los discursos monológicos (fundamentalista-imperativos) porque propone construir la moral desde una racionalidad de diversas racionalidades contextualizadas en la que los conceptos puedan ser interpretados en sus relaciones contradictorias y en que la búsqueda de las verdades éticas pueda hacerse desde un marco de fines últimos. Pero la bioética de los Derechos Humanos así entendida se muestra en su vertiente *deconstructiva* como refutación crítica de las negatividades morales. Para esto toma como su objeto al discurso negativo de la moral en la bioética del mundo actual, en tanto esta adopta la forma dominante de la pragmática neoliberal y de las concepciones fundamentalistas de los principios éticos como cimiento de una sofística de raigambre imperial. Los Derechos Humanos enunciados en la Declaración Universal de 1948 y los que han sido recogidos desde entonces en los instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos, considerados en perspectiva histórica, representan la moral mayor de nuestro tiempo. Esta *summa moralia* contiene el conjunto más amplio de valores y principios éticos universales que la humanidad ha sido capaz de reconocer y consensuar en su historia. Es también y a la vez el nuevo criterio para distinguir las conductas virtuosas de aquellas que no lo son, aunque la imposibilidad de toda ética de hacer que el mundo real de las virtudes se derive de la sola existencia del mundo ideal de valores y principios suele postularse como pretendida debilidad de la moral de los Derechos Humanos sin reparar en que esa pretensión es aplicable a toda ética posible. En ese sentido, los Derechos Humanos nos otorgan los conceptos que nos permiten construir una teoría de teorías éticas al brindarnos un criterio que hace posible someter a prueba a las distintas teorías y distinguir los márgenes de falsabilidad de sus diversos enunciados en torno a la noción de progreso moral. Pero el futuro de la ética es abierto porque se abre a la justicia cuando vivimos con memoria del pasado y hablamos con verdad de lo presente. El futuro de la bioética de los Derechos Humanos nos convoca entonces tanto a la crítica de la apariencia ética como a la construcción dialéctica de la moral.

Dignidad humana e indignación. Los países pobres o de mediano desarrollo han criticado la bioética liberal pidiendo prestar atención en bioética a la ética de la pobreza, al medio ambiente y los daños para las generaciones futuras, al desarrollo de políticas de salud pública que procuren la equidad, a las poblaciones vulnerables y vulneradas, a la diversidad cultural, y a las cuestiones sociales y de responsabilidad pública, y no solo a la libertad y responsabilidad individual. Un profundo y, por momentos, muy duro debate entre países ricos y pobres fue el proceso de redacción de la *Declaración*

Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la Unesco en 2005. Las representaciones de América Latina tuvieron una activa participación en la elaboración del instrumento y una muestra de ello fue la *Carta de Buenos Aires sobre Bioética y Derechos Humanos* (2004), en la que una decena de países de la región adelantaron su visión común y distinta de la concepción neoliberal y neopragmática en cuanto a los contenidos. La *Declaración* se convirtió en el primer documento auténticamente universal en bioética y rompió con ello la hegemonía de la concepción principialista angloamericana. Quedó firmemente reconocida la estrecha asociación entre la bioética y los Derechos Humanos que había sido socavada durante más de dos décadas, así como la salud en tanto derecho humano básico. Y los aspectos económicos, sociales, ambientales y de diversidad cultural, reconocidos en varios instrumentos internacionales, fueron aceptados como parte indivisible de toda concepción de la bioética. Pero la dinámica de ese proceso solo fue posible desde la indignación por las injusticias sufridas. La *indignación* es la fuente primaria de la moral y la razón de ser de las exigencias éticas, que son reconocidas en justicia por los Derechos Humanos. Es el punto en que nuestros juicios de realidad se vuelven universales ya que solo por la autoestima proyectada en (desde) la estima hacia los otros (nosotros) es que somos capaces de *in-dignarnos*. Toda ética, cualquier ética, requiere no solo el *saber*, sino también, y sobre todo, dar cuenta de si miramos al mundo en el que vivimos con la *voluntad* o el *querer* comprender y actuar para cambiar una realidad indignante y por ello injusta. La capacidad de valorar lo bueno y lo malo se pierde cuando alguien tiene una respuesta moral anticipada a la posibilidad de criticar radicalmente los hechos de la realidad del vivir. La virtud del valor para defender la causa de los débiles se pierde cuando uno se convierte en intelectual al servicio de la ideología de los poderosos. Una parte de la bioética carece de indignación y de valor y, por tanto, no puede ser sino otra cosa que falso discurso moral. El desafío de practicar una bioética verdadera nos exige alcanzar una conciencia crítica sobre la vida y el vivir que tenga su origen en la intuición sensible y emotiva de lo indigno y se proyecte en la voluntad racional de lograr un acto de justicia. Por ello los Derechos Humanos y la bioética tienen su punto de vinculación indisociable en la dignidad humana y en los actos reinvindicativos de la misma a que nos conduce toda indignación. La bioética de los Derechos Humanos no es más que la postulación de una moral básica universalmente reconocida. Pero la enunciación de un deber universal se diferencia de la práctica universal del deber moral, por ello la universabilidad de los valores éticos expresados en los enunciados de la moral de los Derechos Humanos requiere una práctica continua de conversión del deber en virtud. La confusión o el desconocimiento de la diferencia entre estos dos planos de los Derechos Humanos es lo que lleva a algunos a postular pretendidas superaciones que nunca son tales. La crítica de la moral es la que ha de conducir a universalizar lo universalizable. Si una bioética de los Derechos Humanos responde a los fundamentos de una moral universalista al identificar valores universales y reconocer deberes universales, la bioética crítica como continuidad de la misma no es otra cosa que el camino (el método) hacia la universalización de la práctica de deberes fundados en valores universales. Su tarea es el descubrimiento de los contenidos de intereses y falsa conciencia que convierten en vicio y corrupción los postulados de valor y deber universales. De allí que la principal tarea de una bioética crítica hoy es la demolición de los falsos supuestos de la bioética neoliberal y su pretensión fáctica de convertirse en bioética global.

Referencias

J. C. Tealdi, “Bioética y Derechos Humanos en América Latina”, conferencia inédita en Bioética y Derechos Humanos, V Encuentro Nacional de Comités de Ética de la Salud y Reunión Regional de Derecho, Ética y Ciencia; Buenos Aires, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, 5 de octubre de 2001. - J. C. Tealdi, “La enseñanza de una bioética de los Derechos Humanos”, Actas de las V Jornadas de Responsabilidad Médica, Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 2002, pp. 77-88. - J. C. Tealdi, “Physicians' Charter and the New Professionalism”, *The Lancet*, Vol. 359, Issue 9322, 2002, pp. 2042. - J. C. Tealdi, “Ética de la investigación: el principio y el fin de la bioética”, *Summa Bioética.* - Órgano de la Comisión Nacional de Bioética, México, Año I, Número Especial, Septiembre de 2003, pp. 69-72. - J. C. Tealdi, “Los derechos de los pacientes desde una bioética de los derechos humanos” (prefacio), en O. Garay, *Derechos Fundamentales de los Pacientes*, Buenos Aires, *Ad-hoc*, 2003, pp. 35-55. - J. C. Tealdi, “La bioética latinoamericana: ¿ante un nuevo orden moral?”, en M. L. Pfeiffer (ed.), *Bioética: ¿estrategia de dominación para América Latina?*, Buenos Aires, Ediciones Suárez, 2004, pp. 43-58. - J. C. Tealdi, “Los principios de Georgetown. Análisis crítico”, en V. Garrafa, M. Kottow, A. Saada (coords.), *Estatuto Epistemológico de la Bioética*, México, Unesco-Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, pp. 35-54. - J. C. Tealdi, “Para una Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: una visión de América Latina”, *Revista Brasileira de Bioética,* Vol. 1, N.º 1, 2005, pp. 7-17. - J. C. Tealdi, “Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre investigaciones biomédicas”, en G. Keyeux, V. Penchaszadeh, A. Saada (coord.), *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*, Bogotá, Unesco-Universidad Nacional de Colombia, 2006, pp. 33-62. - J. C. Tealdi, *Bioética de los Derechos Humanos* (libro en gestión de edición).

Ciencia y tecnología

La palabra *tecnología*, creada y usada por primera vez por Johann Beckmann en 1772, fue utilizada inicialmente en relación con la industria y la ingeniería, pero se convirtió un siglo más tarde en la visión de la *teoría prostética de la tecnología* que Ernst Kapp desarrolló en sus *Líneas fundamentales de una filosofía de la técnica* (1877), en la noción de las máquinas y herramientas como proyección orgánica del cuerpo humano. En la perspectiva antropológica de un hegeliano de izquierda como Kapp, la tecnología debía serle útil al hombre para emanciparlo de la naturaleza y superar las miserias de la pobreza. Pero en su *Meditación sobre la técnica* (1933), Ortega y Gasset ya mostró una perspectiva menos optimista al decir: "Uno de los temas que en los próximos años se va a debatir con mayor brío es el del sentido, ventajas, daños y límites de la técnica". El Proyecto Manhattan, que culminó con el desarrollo de la bomba atómica y su uso en Hiroshima y Nagasaki (1945), convirtió en pesadilla aquel sueño del progreso de la ciencia que la física había llevado a su máxima expresión. La noción de *desarrollo científico y tecnológico* pasó a ser entonces profundamente problemática tanto desde el punto de vista epistemológico como en perspectiva ética. En este último sentido, la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005), debido a los debates en torno al tema y en especial a la cuestión de no asociar dicha noción de desarrollo con la de progreso moral, estableció entre sus objetivos el reconocimiento de las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, pero destacando al mismo tiempo la necesidad de realizar investigaciones con respeto a la dignidad humana, la ética y los Derechos Humanos (v. *Ciencias biológicas y bien común*; *Progreso científico y desarrollo social*).

Crítica a la concepción positivista de la ciencia y la tecnología. Desde el punto de vista epistemológico, Thomas Kuhn sostuvo en *La estructura de las revoluciones científicas* (1962) que los historiadores de la ciencia encontraron dificultades en el concepto del desarrollo científico por acumulación y en responder a preguntas tan puntuales como: ¿cuándo se descubrió el oxígeno? o ¿quién concibió por primera vez la conservación de la energía?, sospechando –frente a lo que era habitual afirmar– que quizás el desarrollo científico no procedía por descubrimientos individuales. Esos historiadores –entre ellos Koyré–, al estudiar la dinámica aristotélica, la química flogística o la termodinámica calórica, también habían encontrado dificultades para distinguir los *errores* o *supersticiones* de esas antiguas visiones de los componentes científicos. Para Kuhn, la conexión entre visiones antiguas y ciencia actual se explicaría por la irrupción de revoluciones y cambios de paradigma debidos a la insuficiencia de la teoría previa para responder a hechos nuevos; mientras que la *ciencia normal* se constituiría como tal con el surgimiento de su primer paradigma. El concepto de *paradigma*, sin embargo, fue criticado, y como respuesta en la *Posdata* de 1969 Kuhn da dos sentidos al mismo: uno *sociológico*, que abarca a "la constelación de creencias, valores, técnicas, etc., que comparten los miembros de una comunidad dada"; y otro más *filosófico*, que "denota una especie de elemento de tal constelación, las concretas soluciones de problemas que, empleadas como modelos o ejemplos, pueden remplazar reglas explícitas como base de la solución de los restantes problemas de la ciencia normal". Así se enfrentó a las dificultades de la explicación histórico-sociológica del acto cognoscitivo para no caer en el subjetivismo, el relativismo o el irracionalismo. En todo caso, la *nueva filosofía de la ciencia*, de la que formaron parte Kuhn, Feyerabend, Popper o Toulmin, entre otros, vino a discutir la concepción heredada acerca de las teorías científicas que había ocupado un lugar central en el positivismo lógico. Esta última concepción procuraba evitar la introducción de entidades metafísicas en la ciencia y la filosofía constituyéndose en una doctrina de la significación cognitiva que exigía que todo conocimiento fuera empíricamente verificable: "*el único discurso significativo era el hecho o bien en términos de lenguaje fenoménico o bien usando términos que fueran abreviaturas de expresiones del lenguaje fenoménico; toda aserción que no reuniese esas condiciones era un sinsentido metafísico. Esta doctrina* se resumió en el eslogan *'el significado de un término estriba en su método de verificación'* " (Suppe, 1974). El lugar de la ética en esa perspectiva no podía nunca haberse propuesto en el sentido dialógico en que hoy concebimos la bioética. O dicho de otro modo, bajo el imperio de la concepción positivista del conocimiento nunca habría podido construirse bioética alguna. Sin embargo, curiosamente, una lectura acaso espejada de aquella posición quizá se encierre en el intento, hoy ya dentro de la misma bioética, de postular una doctrina neopragmática de la significación moral con la exigencia de que todo concepto ético sea verificable en términos de *utilidad* (v. *Conceptos éticos*).

Los hechos científicos: su génesis y desarrollo. Los *hechos* científicos fueron entonces la columna vertebral de la concepción positivista del conocimiento. En ese contexto, Ludwig Fleck escribió un ensayo titulado *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento* (1935). En el prólogo de su trabajo comenzaba preguntando: ¿qué es un hecho?, para continuar respondiendo que aunque "*se considera un hecho a lo fijo, lo permanente y lo independiente de la opinión subjetiva del investigador* [...] *la mayor parte de las veces la teoría del conocimiento comete un fallo fundamental: toma en consideración, casi exclusivamente, hechos comunes de la vida cotidiana o de la física clásica como los únicos seguros y dignos de investigación*". En orden a una investigación epistemológica, sigue señalando que tomar un hecho médico cuya importancia y aplicabilidad no puede negarse resulta especialmente aprovechable y que por eso había elegido estudiar uno de los hechos mejor establecidos de la medicina de entonces: la relación de la llamada *reacción de Wassermann* con la sífilis (esa reacción se había constituido en la prueba madre del diagnóstico de la enfermedad con un enorme impacto sanitario). A partir de allí, Fleck construye una minuciosa epistemología que pone de relieve los aspectos subjetivos y sociológicos del desarrollo científico impugnando la dogmática positivista del Círculo de Viena. Con ello se anticipa desde afuera a los trabajos críticos que Popper comenzaría haciendo del Círculo –al que pertenecía– desde dentro del mismo. El primer libro de Popper, *Lógica de la investigación* (1935), apareció de hecho como parte de las publicaciones del Círculo. En el prefacio a la primera edición de *La estructura de las revoluciones científicas* (1962), Kuhn señala que muchas de las ideas expresadas en su libro habían sido anticipadas en aquel ensayo de Fleck, que le había hecho comprender que sus ideas podían necesitar ser establecidas en la sociología de la comunidad científica. Asegura haber leído la obra de Fleck en el original alemán entre 1949 y 1950, y cuando su primera publicación en inglés se realiza tardíamente (1979) aparece precedida por un prefacio suyo a la misma que resulta de interés para la comprensión de las relaciones entre las ideas de ambos autores. Kuhn dice que cuando era miembro de la *Harvard Society of Fellows* y se encontraba explorando una revelación que había tenido dos o tres años antes sobre el rol jugado en el desarrollo científico por los episodios no acumulativos que posteriormente denominaría *revoluciones científicas*, como no había entonces bibliografía establecida sobre ese tema sus lecturas eran exploratorias y, de ese modo, encontraría en un pie de página de *Experience and Prediction* (1938) de Hans Reichenbach la referencia que le llevaría a la obra de Fleck. La paradoja supuesta en el título *Génesis y desarrollo de un hecho científico* que Reichenbach no había podido dejar de citar textualmente al mencionar las láminas de Fleck sobre las representaciones históricamente cambiantes del esqueleto humano, llamó su atención y le motivó su lectura. Y ello porque aunque ni Reichenbach ni otros filósofos de entonces habrían aceptado como mera posibilidad el que un *hecho científico* pudiera tener alguna *génesis* o algún *desarrollo*, presintió entonces algún contacto entre ese título y sus preocupaciones. El texto de Fleck lo ayudó a darse cuenta de que los problemas que le interesaban tenían una dimensión fundamentalmente sociológica y a compartir la idea sobre las dificultades resultantes para dar cuenta de un *hecho* independientemente del *punto de vista*. En esa época, aun conociendo la obra de varios psicólogos de la *Gestalt* –utilizados como referencias por Fleck, como mucho más tarde lo serían por Carol Gilligan (v. *Cuidados en salud*)–, Kuhn dice que se resistía a la sustitución que los mismos hacían del *viendo como* por el *viendo*, y que al mirar la famosa lámina pato-conejo él veía una u otra de esas figuras pero nunca la línea que las demarcaba, al menos hasta hacer un gran esfuerzo para ello (para él las líneas no eran los hechos de los cuales el pato o el conejo fueran interpretaciones alternativas).

Paradigmas y revoluciones científicas. Kuhn avanza aún más sobre una tarea que el propio Fleck pedía a la epistemología: "*investigar cómo las concepciones y las ideas confusas pasan de un estilo de pensamiento a otro, cómo emergen como preideas generales espontáneas y cómo se mantienen, gracias a una especie de armonía de ilusiones, como estructuras persistentes y rígidas*". En ese sentido Kuhn señala que el descubrimiento suele resultar directamente proporcional en su importancia a la amplitud y tenacidad de la anomalía y que ese argumento es aplicable a la invención de nuevas teorías que pueden desarrollarse sobre tres tipos de fenómenos. En primer lugar, los fenómenos bien explicados por los paradigmas previos que raramente dan lugar a una nueva teoría; en segundo lugar, los fenómenos solo comprensibles por una articulación posterior de la teoría y que son los habitualmente investigados por los científicos, y, en tercer lugar, los fenómenos con una tenaz negativa a ser asimilados por los paradigmas previos y que dan lugar a nuevas teorías. Un paradigma es lo que comparten los miembros de una comunidad científica y, a la inversa, una comunidad científica consiste en unas personas que comparten un paradigma. Los miembros de una comunidad científica practican una especialidad científica y se han educado e iniciado profesionalmente en formas similares. Antes de la transición del período *preparadigma* al

período *posparadigma* un número de escuelas compiten por dominar un ámbito de conocimiento, pero después de algún logro significativo (un hecho) ese número de escuelas se reduce. Las *revoluciones científicas* serán aquellos episodios extraordinarios que rompen la tradición de la ciencia normal porque un problema opone *resistencia* a ser resuelto por reglas y procedimientos conocidos. Pero para que haya revolución científica debe haber ciencia normal. Así, antes de Newton no existía una opinión única generalmente aceptada sobre la naturaleza de la luz y, en cambio, había distintas escuelas en competencia. Sin embargo, cuando los paradigmas debaten sobre la elección de uno u otro se entra necesariamente en un proceso de argumentación circular donde cada uno defiende su paradigma utilizando su propio paradigma mediante técnicas de argumentación persuasiva. La amplitud y tenacidad de las anomalías es proporcional al descubrimiento y a la invención de nuevas teorías que se desarrollan sobre fenómenos bien explicados por los paradigmas previos, fenómenos solo comprensibles por una articulación posterior de la teoría; o fenómenos con una tenaz negativa a ser asimilados por los paradigmas previos que son los que propiamente dan lugar a nuevas teorías. Fleck solo hablaba de descubrimientos científicos, en tanto que Kuhn distingue entre estos y los cambios mucho mayores de los paradigmas que dan lugar a las teorías científicas: "La empresa científica como un todo resulta útil de vez en cuando, abre nuevos territorios, despliega orden y pone a prueba creencias aceptadas desde hace mucho tiempo. Sin embargo, el *individuo* dedicado a la resolución de un problema de investigación normal *casi nunca hace alguna de esas cosas*. La imagen que hoy tenemos de la ciencia fue trazada por los logros científicos que se plasmaron en las obras clásicas y que en la actualidad se observan en los libros de texto que utilizan quienes quieren ser científicos cuando comienzan a aprender su disciplina. Un científico que da por sentado un paradigma, sin embargo, no se ocupa en sus trabajos de reconstruir el campo disciplinario, sino que esto lo deja para el autor de los libros de texto (el especialista general) mientras él se dedicará (como experto especializado) a artículos breves dirigidos a sus pares con los que comparte un paradigma. Pero el papel de los libros de texto es importante, ya que un paradigma es aquello que comparten los miembros de una comunidad científica y que podría llamarse *teoría*, *conjunto de teorías* o, mejor aún, *matriz disciplinaria*, que es un conjunto de elementos ordenados de diversa índole que poseen en común quienes practican una disciplina particular. Los principales componentes de esa matriz disciplinaria son las generalizaciones simbólicas, los compromisos compartidos del grupo o creencias en modelos particulares, los valores (predicciones, coherencia, utilidad, etc.) y los *ejemplares* o soluciones concretas de problemas que se aprenden en gran medida a través de los libros de texto. La capacidad para percibir una variedad de situaciones como similares es lo que adquieren los estudiantes con los ejemplares.

Ciencia y tecnología: racionalidad estratégica y racionalidad comunicativa. La crítica a la concepción positivista del conocimiento científico por la *nueva filosofía de la ciencia*, de la cual formó parte, entre otros, Stephen Toulmin, que luego realizaría contribuciones notables al nuevo campo de la bioética, permitió pensar a la ciencia y la tecnología desde otras perspectivas. Uno de esos pensadores fue Jürgen Habermas, que hizo una importante distinción de dos sentidos aplicables al término *técnica* (Habermas, 1963).

"*Con la palabra* técnica *nos referimos, en efecto, en primer lugar a un conjunto de medios que permiten una eficaz realización de fines con un ahorro de trabajo, o sea, a instrumentos, máquinas y autómatas. Pero con esa palabra aludimos también a un sistema de reglas que determinan la acción racionalmente adecuada a fines; aludimos, pues, a estrategias y tecnologías. Llamo estrategias a las reglas de elección racional, y tecnologías a las reglas de la acción instrumental. Las tecnologías son, pues, proposiciones que establecen las formas de proceder, pero no son ellas mismas medios técnicos. Medio técnico puede serlo cualquier cosa que se incluya en un contexto de acción instrumental. Pero solo cuando se apresta para su utilización repetida en determinada función y no se emplea meramente en un caso aislado decimos que es un elemento de la técnica, sean instrumentos, máquinas o autómatas*".

Del mismo modo, realizó una importante distinción entre acciones instrumentales, estratégicas (v. *Razón estratégica*) y comunicativas que sirve para comprender mejor diversos tipos de racionalidad (Habermas, 1963): "*A una acción orientada al éxito la llamamos instrumental cuando la consideramos bajo el aspecto de observancia de reglas de acción técnicas y evaluamos el grado de eficacia de la intervención que esa acción representa en un contexto de estados y sucesos; y a una acción orientada al éxito la llamamos estratégica cuando la consideramos bajo el aspecto de observancia de reglas de elección racional y evaluamos su grado de influencia sobre las decisiones de un oponente racional. Las acciones instrumentales pueden ir asociadas a interacciones sociales. Las acciones estratégicas representan, ellas mismas, acciones sociales. Hablo, en cambio, de acciones comunicativas cuando los planes de acción de los actores implicados no se coordinan a través de un cálculo egocéntrico de resultados, sino mediante actos de entendimiento*".

Habermas hizo también una distinción acerca de los fenómenos de distorsión sistemática de la comunicación y de los diversos aspectos de la racionalidad de la acción teniendo en cuenta precisamente los tipos de acción por él tratados. En primer lugar, señaló que la confusión entre acciones orientadas al éxito y acciones orientadas al entendimiento origina distintas patologías de la comunicación. Cuando la acción estratégica es solapada o *encubierta*, uno o más participantes hacen creer a los demás que se cumplen los supuestos de la acción comunicativa pero en realidad él/ellos están buscando conseguir sus logros particulares. A veces, esta *acción estratégica encubierta* supone un "engaño consciente" o manipulación de los demás participantes, pero en otras ocasiones puede tratarse de un "engaño inconsciente", del tipo de los que el psicoanálisis explica en razón de la existencia de mecanismos de defensa que no solo afectan al sujeto en su dinámica intrapsíquica, sino también a sus relaciones interpersonales. Este modo de actuar en forma estratégica encubierta –del cual nada se dice en las bioéticas de la justificación moral, por ejemplo–, es quizás el mayor problema práctico para lograr desarrollar una auténtica bioética. Pero en su teoría Habermas alude también a *acciones teleológicas, actos de habla constativos, acción regulada por normas* y *acción dramatúrgica* para dar cuenta de los diversos aspectos de la racionalidad de la acción: 1. Una *acción teleológica* puede juzgarse por su *eficacia* (v. *Eficacia tecnológica*), sus reglas de acción representan un saber técnica y estratégicamente utilizable, orientado al éxito que puede ser criticado en cuanto a sus pretensiones de verdad y puede ser mejorado al avanzar el saber téorico-empírico, y se acumula en forma de tecnologías y estrategias de transformación del mundo objetivo (v. *Norma técnica)*. 2. Los *actos de habla constatativos* pueden juzgarse bajo el aspecto de su *verdad,* están orientados al entendimiento, se puede recurrir al cuestionamiento sistemático y a las argumentaciones del *discurso teórico* cuando existen controversias acerca de la verdad de sus enunciados, y su saber queda acumulado como *teorías* sobre el mundo objetivo. Este es el lugar del conocimiento científico (v. *Explicación y determinismo en ciencias de la vida*). 3. Las *acciones reguladas por normas* pueden juzgarse bajo el aspecto de su *rectitud,* están orientadas al entendimiento, se puede recurrir al examen del *discurso práctico* cuando existen controversias acerca de la rectitud de las acciones tanto para examinar la rectitud de una acción en relación con una norma dada como para luego examinar la rectitud de la misma norma, y su saber práctico-moral regulativo se acumula en representaciones morales y jurídicas de las relaciones del mundo social (v. *Legitimidad*). 4. Finalmente, las *acciones dramatúrgicas* que hablan de un saber acerca de la subjetividad del agente de la acción pueden ser juzgarse por su *veracidad,* están orientadas al entendimiento y pueden rechazarse como engaños o autoengaños mediante la argumentación de la crítica estética en los primeros y el diálogo terapeútico en los últimos, y su saber expresivo puede ser explicitado en forma de *valores* subyacentes a la interpretación de necesidades, deseos y actitudes afectivas, pudiendo acumularse, por ejemplo, en obras de arte (v. *Verdad y apariencia; Autenticidad y alienación; Valores éticos; Emociones morales y acción; Interpretación moral en arte y literatura*).

Puede verse así, que la connotación moral que en menos de dos siglos han ido teniendo la ciencia y la tecnología nos muestra profundos replanteos. Las que hemos señalado y muchas otras contribuciones de la filosofía de la ciencia y la tecnología hacen necesario y posible desenvolver una reflexión bioética auténticamente crítica sobre la ciencia y la tecnología en perspectiva regional.

[J. C. T.]

Filosofía de la práctica científica

Jorge Bacallao Gallestey (Cuba) - *Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana*

Introducción. Pese a las voces provenientes de ciertos ámbitos académicos que no ocultan sus inconformidades y que llegan en ocasiones a proferir críticas abiertas a la ciencia –casi siempre desde posturas irracionalmente seudocientíficas o anticientíficas– (Bunge, 1996), la mayor parte de nuestros contemporáneos tiene un juicio casi incondicionalmente positivo y reconoce en ella la expresión más paradigmática del progreso. Las razones de este juicio y de este reconocimiento son esencialmente de naturaleza práctica y se asocian a las posiciones de poder que el hombre ha conquistado a través de la ciencia, en particular en sus relaciones con la Naturaleza. Aunque una minoría de intelectuales aprecie ante todo la *racionalidad* de la ciencia (sus atributos de objetividad y rigor), el gran público venera a la ciencia por sus ventajas práctico-instrumentales, es decir, por los resultados y conquistas concretos que se manifiestan y reafirman a diario en la vida de todos los seres humanos, aunque desgraciadamente con dolorosas e inaceptables desigualdades. Aun los antirrealistas –que niegan la capacidad de la ciencia para abrirnos el camino hacia la verdad y que solo reconocen en ella

un instrumento eficaz para ordenar nuestras percepciones actuales y prever la trama de nuestras percepciones futuras– conceden a la ciencia cierta propiedad exclusiva de *racionalidad pragmática,* es decir, un privilegio especial para diseñar del modo más eficiente la conquista de los fines mediante el ordenamiento inteligente de los medios. Junto a esta racionalidad pragmática que no podrían negar ni aun los irracionalistas más fanáticos, algunos reconocen una *racionalidad teórica,* que aunque solo es aparente en el plano cognoscitivo, produce, tarde o temprano, frutos útiles en el campo de las aplicaciones. Por eso aspiramos a exponer la distinción entre estas dos formas de racionalidad, delinear posibles tareas de una filosofía de la práctica científica y proponer las bases en las que podría emerger el juicio ético.

Dos formas de racionalidad de la práctica científica. Una expresión de la racionalidad científica que salta de inmediato a la vista puede caracterizarse por la búsqueda explícita y exclusiva de lo que es, o sea, por el conocimiento de cómo son las cosas y de por qué son de ese modo. Esta es una racionalidad teórica. El papel de la ciencia en esta búsqueda puede resumirse en el *verstehen* (comprender) y en el *erklären* (explicar), dos acciones conectadas en el discurso hipotético-deductivo, el cual, a su vez, permite evidenciar que lo que es, precisamente es lo que debe ser, como resultado de una necesidad lógica o de una regularidad estocástica. Sin embargo, la racionalidad científica asume una nueva expresión, cuando a la intención de saber cómo son las cosas se añade el propósito de aprovecharnos de ese conocimiento con vistas a la acción. El conocimiento que destinamos a ese uso es un conocimiento práctico que da lugar a la segunda dimensión racional del ejercicio de la ciencia: la *racionalidad práctica*, cuyo problema consiste en dar fundamento a una acción o elección futura (Agazzi, 1996). Esta dualidad nos remite a la distinción entre una filosofía teórica de la ciencia, que es una filosofía del conocer, y una filosofía práctica, que es una filosofía del actuar. No obstante, debe reconocerse que en relación con la actuación o con el actuar, también puede asumirse una actitud puramente teórica, por ejemplo, cuando se intenta explicar las acciones prescindiendo de cualquier consideración sobre sus razones o su legitimidad, o dicho de otro modo, sobre su deber ser. A partir de este reconocimiento puede reformularse la distinción anterior y concluir que la filosofía teórica es una búsqueda en relación con *lo que es,* en tanto que la filosofía práctica es una búsqueda sobre *lo que debe ser, en relación con el actuar.* Esta reformulación resulta cardinal, porque si el discurso filosófico se restringe a la acción pura, sin ningún compromiso en el plano del deber ser, corre el riesgo de diluirse en un juego de hipótesis-deducción-verificación y terminar siendo absorbido por el análisis científico propio de las ciencias del hombre y la conducta. Aun es importante hacer una segunda distinción, que ya aparecía en la filosofía aristotélica, y que consiste en reconocer dos manifestaciones del actuar: una de ellas como acción propiamente, y la otra como producción. De este modo, la esfera práctica se presenta como una articulación de dos actividades humanas que responden a sendas expresiones de racionalidad: una racionalidad práctica y una racionalidad técnica (Berti, 1989). Bajo esta perspectiva, la *filosofía práctica* o *filosofía del deber ser* se desdobla a su vez en un componente estrictamente práctico y otro técnico, el primero de los cuales concierne a los fines y el segundo, a los medios. El pensamiento filosófico inherente a la racionalidad práctica, o lo que podríamos sintéticamente llamar filosofía práctica, tiene entonces como principal encomienda la justificación de los actos, mediante el examen y la reflexión crítica sobre sus fines. Por su parte, el pensamiento filosófico que corresponde a la racionalidad técnica debe encargarse de establecer cuáles son los medios que deben conducir al logro de determinados fines ya establecidos. En este sentido, la filosofía técnica o filosofía sobre la técnica se ocupa de una racionalidad instrumental que no está llamada a formular juicios valorativos sobre los fines. Es imposible no advertir en la racionalidad práctica la presencia de un ingrediente ético que no aparece, o lo hace con trazos mucho menos visibles, en la racionalidad técnica. En efecto, en esencia esta última se encarga del cómo, es decir, de elucidar los modos de una acción adecuada y eficaz para conducir a ciertos fines. Ciertamente, la elección de unos modos en lugar de otros presupone una indagación del porqué, pero solo como parte de una intención explicativa y no justificativa, es decir, como parte de un proceso que nos remite de nuevo a la razón teórica. En la racionalidad práctica, por el contrario, la razón interviene para responder la pregunta del porqué con arreglo a los fines, con el empeño de descubrir por qué algo debe ser. Así, el juicio de valor y la consiguiente emergencia de la dimensión ética solo pueden buscarse como parte de un ejercicio filosófico práctico.

El surgimiento de lo ético dentro de la filosofía práctica. No obstante, al afirmar que los juicios de racionalidad práctica nos remiten a fines, y los de la racionalidad técnica, a medios, se incurre en cierto reduccionismo, porque lo cierto es que la racionalidad práctica formula también juicios sobre los medios, aunque no juicios de eficacia o pertinencia, sino juicios de valor que gravitan en torno a la pregunta de si dichos medios son justificables en punto a valores que a menudo trascienden el horizonte de los fines particulares a los que ellos deben conducir.

La razón técnica persigue un ideal de eficacia en el logro de ciertos fines, cuya legitimidad se encuentra fuera de su ámbito de reflexión; la razón práctica, por su parte, cumple su tarea cuando distingue entre fines que deben ser realizados y fines que no deben ser realizados. Uno de los grandes dilemas de la modernidad consiste en el conflicto entre la razón práctica y la razón técnica, ya sea porque la trama de intereses y presiones sociales hacen prevalecer la dimensión técnica sofocando cualquier vestigio de rebelión ética o, por el contrario, porque las reivindicaciones éticas de la razón práctica llegan al extremo de querer liquidar la técnica y su racionalidad propia. En la cultura moderna estos conflictos han llegado a adquirir dimensiones críticas. Por eso es imperioso estimular una reflexión filosófica práctica que no se regodee en simples planteos analíticos, ni se resigne a una mera retórica de la exhortación, sino que elabore un nuevo discurso racional con arraigo en una ética concebida como disciplina destinada a crear los cimientos que fundamenten la acción humana (Bacallao, 2002). Esta filosofía práctica estaría llamada a una búsqueda racional de fines, y a plantearse el problema de establecer racionalmente lo que está bien para el hombre en general, y en particular en el ámbito de la investigación científica. Sería, obviamente, una tarea ardua y continua, en permanente ejecución –a tono con las características variadas y vertiginosamente cambiantes de la modernidad– que tendría que aprovechar y movilizar todos los recursos y componentes activos de la sociedad para conquistar y asegurar el reconocimiento y el respeto que tal tarea merece. Ello no implicaría ejercer coacciones morales que restrinjan el despliegue de la creatividad científica o técnica, sino respetar su autonomía, otorgándole un sentido que le permita rescatar la integridad de la dimensión humana que le corresponde. Una pregunta queda por responder: ¿cómo debería desarrollarse este trabajo fundacional? Lo primero consiste en reconocer que el aliento esencial para esa filosofía práctica vendría dado por una ética entendida como saber y no como pulsión espontánea y subjetiva hacia ideales abstractos, aunque sean compartidos y estimulados socialmente. Esa *ética cognitiva* tendría que afrontar la ardua empresa de fundamentar los valores, principios y normas de la práctica científica, no simplemente como una acción deductiva que lleva de los valores y principios a las normas, sino también como una tentativa de justificar y dar sentido a esos valores y principios fundacionales. ¿Y cómo conseguir esto último? No a través de un tejido inductivo que se enredaría –como tantas veces ocurrió, en el pasado reciente, a los intentos del empirismo lógico– en una trama circular e interminable de autojustificaciones y que tropezaría además con el insalvable escollo de los relativismos culturales (Black, 1984), sino a través de un nuevo recurso a la tradición helénica que nos legó la inagotable herencia de la *dialéctica,* refinada luego por Hegel y reinterpretada por Marx y los neomarxistas. Se trataría de un recurso a la dialéctica entendida como ejercicio dialogal (ambos términos tienen no por casualidad un origen común), que no aspira a certezas absolutas, sino a un austero consenso intersubjetivo que se conquista mediante la reflexión y el examen críticos (Sotolongo, 2002). Ese diálogo que protagonizan científicos, filósofos y políticos y del que no puede quedar excluida la sociedad en su conjunto –a quien en última instancia hay que dar cuentas por el uso eficaz y responsable de los recursos para la investigación científica– debería nutrirse de una experiencia axiológica compartida, de la intuición moral del deber, del patrimonio científico de la sociología y la psicología, de argumentos fecundos –¿por qué no?– de naturaleza metafísica y, por supuesto, de datos objetivos de la propia investigación científica (López y cols., 1996). Es importante notar que la ética que inspira y sirve de sostén a esta filosofía práctica no puede confundirse con la ciencia clásica, porque aunque comparte con esta varios de sus recursos más señalados, se sirve también de determinaciones que trascienden la experiencia puramente sensible, como los valores y el deber. Es, por consiguiente, una ciencia orientadora con su propio método, irreducible a las ciencias empíricas o a las ciencias formales. Siguiendo la tradición escolástica, esta ética sería propiamente una sabiduría o *phronesis* que, por un lado, regularía la explosiva mentalidad técnico-científica orientada solo por una ilimitada voluntad de poder, y la sustituiría por una ciencia de la comprensión que respeta las exigencias de la conciencia moral, y por otro, pondría el discurso ético a la altura del nuevo mundo creado por la ciencia y la tecnología, para que sea capaz de hablar al hombre contemporáneo y lograr que este reencuentre su imagen y las motivaciones morales para actuar en armonía con ella.

Referencias

Agazzi, Evandro, *El bien, el mal y la ciencia. Las dimensiones éticas de la empresa científico-tecnológica*, Madrid, Editorial Tecnos, 1996. - Jorge Bacallao, "Neutralidad y compromiso: la presencia de la dimensión ética en el trabajo científico", en José Acosta, *Bioética para la sustentabilidad,* La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.

Razón estratégica

Dorando Michelini (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

Conceptualización. En la antigüedad griega, el concepto estrategia ($\sigma\tau\rho\alpha\tau\eta\gamma\acute{\iota}\alpha$) estaba relacionado

con la actividad militar. Se refería específicamente a un plan de acción capaz de tomar en cuenta los diferentes condicionamientos e interrelacionar las diversas variantes del escenario bélico, de modo que, siguiendo determinados pasos, pudiera lograrse el triunfo. Posteriormente, el concepto de *acción estratégica* comienza a utilizarse en los ámbitos de la economía y la política, y pasa a designar una acción mediante la cual la racionalidad estratégica se articula de un modo peculiar con la racionalidad instrumental y la maximización de beneficios. En este contexto se denomina acción estratégica a aquella forma de acción que se propone alcanzar un determinado fin, teniendo en cuenta las condiciones de acción, previo examen de las diferentes secuencias y alternativas posibles de acción, y siguiendo metódica y sistemáticamente una serie de pasos teleológicos de acción. La *teoría de los juegos*, en la medida en que analiza y sistematiza las múltiples y heterogéneas decisiones racionales en condiciones de interdependencia estratégica, puede ser un instrumento útil no solo en economía, sociología y política (Michelini, 2002), sino también en el ámbito de la cultura y de la ética y, más precisamente, de la bioética (por ejemplo, en aquellos casos en que se trata de minimizar los males mayores o en la implementación de estrategias de equilibrio).

Críticas de la razón estratégica. 1. En el marco de sus reflexiones sobre un orden social justo, John Rawls (1993) ha criticado la racionalidad utilitarista y ha buscado fundamentar la justicia en un contrato originario, sobre la base de un proceso de libre elección racional de individuos egoístas. Para ello recurre a las teorías de los juegos y de la elección racional, en las cuales se entiende la libertad de los sujetos como libertad de arbitrio. Al mismo tiempo, y a los fines de asegurar que la libre elección del contrato original acontezca en condiciones de justicia y equidad, Rawls apela a limitaciones normativas (como el velo de ignorancia), nada fáciles de justificar, puesto que el *principio de equidad*, introducido en la posición original con la finalidad de limitar *ab initio* la elección estratégico-racional de los sujetos libres y egoístas, presenta una circularidad que no da cuenta de una fundamentación última justificada del principio de justicia. 2. En el contexto de una diferenciación teórico-filosófica de la racionalidad, Jürgen Habermas ha criticado el concepto de racionalidad estratégica subyacente en la teoría de los juegos, puesto que ella tiene en cuenta al sujeto y a su libertad solo como posibilidad. En su *Teoría de la acción comunicativa*, Habermas (1988) denomina estratégica a una acción racional orientada a influir eficazmente en los demás, utilizando reglas de elección racional y persiguiendo intereses egoístas. Con ello, la distingue tanto de la racionalidad instrumental (es decir, de la acción orientada al éxito y a la acción técnica de intervención en el mundo objetivo) como de la racionalidad comunicativa (esto es, de la acción social orientada al entendimiento). En tanto que acción social, la racionalidad estratégica posee una estructura bidimensional: comparte, por un lado, la relación de reciprocidad y la calidad social, propias de la racionalidad comunicativa y, por otro, la calidad instrumentalizadora de la racionalidad instrumental. Entre las características principales de la racionalidad estratégica pueden mencionarse el cálculo y la eficacia, pero también el poder y el dominio. La racionalidad estratégica tiene su lugar en el ámbito de la relación entre sujetos y, más precisamente, en la interacción de sujetos que se instrumentalizan mutuamente. En las relaciones estratégicas los sujetos no se tratan como “fines en sí mismos” (Kant), sino simplemente como “meros medios”; y es precisamente este tipo de interrelación instrumentalizadora la que, cuando predomina en el ámbito social, lleva al dominio del otro, a la exclusión y la cosificación del otro (a tratarlo como “mera cosa”). 3. Por su parte, Apel (1972/1973) define la racionalidad estratégica como aquella “motivada por el propio interés de los actores”, como contrapuesta a la interacción moral, por lo que se está sugiriendo que el interés “propio” no es sino el interés egoísta. Apel afirma que la única fundamentación posible de la ética consiste en la apelación a la racionalidad *consensual-comunicativa* o *racionalidad discursiva* (Michelini, 2000). A los fines de eludir tanto la falacia naturalista como el círculo lógico, Apel recurre a una estrategia argumentativa de tipo pragmático-trascendental que fundamenta la ética –y, con ella, la justicia y la equidad– en el principio del discurso. De acuerdo con ello, la justicia se entiende originariamente no en sentido sustantivo, como principio material y de contenido, sino como equidad discursiva, esto es, como la capacidad comunicativa de todo ser racional para participar en condiciones de igualdad y reciprocidad en la determinación crítico-argumentativa de todos los problemas de interés público y en la resolución discursiva de todos los conflictos. De este modo, Apel contrapone la racionalidad discursiva tanto a la racionalidad utilitarista, que se basa de manera exclusiva en el cálculo eficaz de una racionalidad egoísta-instrumental, como a la racionalidad estratégica de la decisión racional del decisionismo y del contractualismo. Apel ha precisado reiteradamente que la ética del discurso no es solo deontológica y que, por ello, necesita de una estrategia de institucionalización para no poner en peligro las conquistas éticas y políticas de la humanidad. Desde la perspectiva de la filosofía latinoamericana, Dussel (1993), en discusión con Apel, ha señalado

que la *razón cínica* es la razón estratégica por excelencia: es la que antepone el poder a las razones, la que se impone no por medio de los mejores argumentos y la discusión, sino por su fuerza y poder indiscutidos e indiscutibles. Dussel afirma que la razón cínica es la única instancia que puede mostrar con claridad la impotencia de la razón discursiva.

Estrategia contraestratégica. La racionalidad estratégica no se confunde con la racionalidad manipuladora ni es un término peyorativo: ella juega un papel relevante en la economía, la política y la ética, en particular a la hora de hacer frente a los desafíos éticos de las coerciones fácticas e institucionales del mundo de la vida, puesto que la aplicación e institucionalización de la racionalidad ética en contextos históricos y culturales concretos y conflictivos requiere no solo tanta racionalidad comunicativa, como sea posible, sino también tanta racionalidad estratégica, como sea necesario. Matthias Kettner (1992) ha precisado y complementado, a su vez, la concepción ético-discursiva de la racionalidad estratégica, introduciendo el *principio de la racionalidad estratégica contraestratégica* (principio ECE). Kettner denomina principio ECE a la mediación responsable reflexivo-moral entre la racionalidad discursivo-consensual y la racionalidad estratégica. Este principio tiene como idea regulativa la minimización de la injusticia y de los costos morales; esto es, busca minimizar las ventajas injustas que alguien pudiera llegar a obtener a causa del actuar y decidir moralmente correctos de otra persona. En este sentido, es una obligación moral impedir que surjan costos morales, so pena de hacernos corresponsables de ellos. De aquí proviene la obligación moral de actuar y decidir en las relaciones con los otros conforme a una estrategia contraestratégica. El cálculo estratégico no tendría que ser considerado, por tanto, ni en el ámbito teórico (por ejemplo, de la reflexión ético-filosófica) ni en el ámbito de la praxis cotidiana (por ejemplo, en las discusiones clínicas que efectúan los comités de bioética) como un obstáculo insalvable para la determinación de la acción buena o correcta.

Bioética y racionalidad instrumental-estratégica. Claro está que la bioética sería malentendida de raíz si ella fuese comprendida como una teoría que se apoya pura y exclusivamente en una razón instrumental orientada al éxito. Su tarea no puede consistir exclusivamente en buscar los medios idóneos de aplicación eficaz del paradigma científico-tecnológico al ámbito de la manipulación de la vida, de modo que se maximicen los beneficios y se reduzcan los riesgos. En esta línea de reflexión, la legitimidad de la intervención en la producción, reproducción y transformación de la vida humana encontraría sus límites –solo y únicamente– en la misma capacidad técnico-científica de la humanidad. Una teoría bioética que entienda la racionalidad solo como racionalidad estratégica, y articulada exclusivamente con la racionalidad instrumental, quedaría reducida a una habilidad o destreza técnica para la manipulación de la vida: con ello, el paradigma de una bioética de orientación instrumental-estratégica no podría ir más allá de los intereses particulares y egoístas, y de las decisiones utilitaristas, sustentadas en el cálculo estratégico de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. A esta concepción de la bioética subyacería, por lo demás, una visión cientificista-tecnicista de la realidad, la cual tiende a cercenar ideológicamente el ámbito de la praxis humana al hacer y al saber hacer, y ordena instrumental y estratégicamente todos los medios de modo exclusivo a la consecución de los fines propuestos. En la medida en que la ética no pase de ser un aspecto de la técnica, la reflexión sobre la vida humana quedará atrapada en las sutiles redes de la juridización y medicalización de la bioética. Una teoría bioética que se sustente de manera exclusiva en la racionalidad instrumental-estratégica excluiría el ámbito de lo razonable, esto es, el ámbito de la indagación sobre la dignidad humana, la justicia y la vida buena.

Valores y bioética. Otro punto de vista, unilateral y equivocado, estaría representado por una bioética que pretendiera orientarse exclusivamente en valores y desestimara o desconociese la centralidad de la intervención tecnocientífica del ser humano en el mundo de la vida. Una ética que apele en su reflexión moral exclusivamente a la intuición o a los valores, y a métodos que no sean capaces de articular de manera interdisciplinaria los aportes de las ciencias y de la técnica, difícilmente podrá enfrentar de forma adecuada los desafíos y conflictos que presenta el mundo contemporáneo a la reflexión ético-filosófica, y que se caracterizan por su amplitud, complejidad y radicalidad. Una bioética que ignore el ámbito del poder y la especificidad de la intervención científico-tecnológica en el mundo, o que desconozca la racionalidad instrumental-estratégica y su peculiar e insustituible ámbito de acción, se sustentaría en una visión poco realista de la vida en sociedad, por cuanto ignoraría o desconocería los condicionamientos históricos y las coerciones fácticas e institucionales a que está sometida toda acción humana.

Bioéticas de la complementariedad. Una visión diferente sobre la racionalidad estratégica puede presentarse desde aquellas teorías bioéticas que toman en serio tanto la reflexión ética en su peculiar complejidad y radicalidad, como el desarrollo científico-tecnológico y sus resultados en

toda su amplitud y novedad. La racionalidad estratégica es un elemento tan necesario como insuficiente para una reflexión ético-filosófica articulada con la praxis. La racionalidad técnico-científica tiene una doble articulación con la racionalidad comunicativa, orientada al entendimiento, puesto que sin racionalidad comunicativa no hay racionalidad estratégica posible; a su vez, sin racionalidad estratégica se torna difícil, si no imposible, asegurar, de forma no solo razonable sino también estratégico-racional y estratégica contra-estratégicamente, las bases y el desarrollo de la racionalidad comunicativa en los condicionamientos históricos contingentes (materiales, sociales, culturales) y conflictivos del mundo humano. Una bioética de la complementariedad de lo racional con lo razonable, de la racionalidad estratégico-instrumental con la racionalidad comunicativo-discursiva, tiene que hacer justicia a fenómenos –aparentes o reales– tan disímiles como la utilidad de la acción, el interés particular, la eficiencia instrumental, la eficacia estratégica, la autorrealización personal integral y la autorrealización colectiva emancipatoria de la humanidad. Una bioética con semejantes características tiene que articular la tensión que existe entre la radicalidad de la situacionalidad humana (la corporeidad, la pertenencia a una determinada especie biológica, la realidad de una configuración genética peculiar, etc.) y la radicalidad de la alocación (de la praxis comunicativa y del distanciamiento reflexivo, que hacen del ser humano no solo un ser situado, sino también el único ser a-locado que conocemos). En síntesis, la racionalidad estratégica es, en y por sí misma, insuficiente en el ámbito de la fundamentación teórica y práctica de la bioética, puesto que tiende a acentuar uno de los dos extremos: o bien la situacionalidad histórica, contingente y cultural, o bien la situacionalidad de un logos ideológicamente reducido. Sin embargo, la racionalidad estratégica puede contribuir también, como un factor clave, en la elaboración de una teoría bioética discursiva de la corresponsabilidad solidaria, en cuyo ámbito los intereses, los condicionamientos fácticos e institucionales y el poder estén orientados por la racionalidad comunicativa.

Referencias

Karl-Otto Apel, *La transformación de la filosofía*, Madrid, Taurus, 2t., 1972/1973. - Enrique Dussel, *Apel, Ricœur, Rorty y la filosofía de la liberación,* Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1993. - Jürgen Habermas, *Teoría de la acción comunicativa,* 2t., Madrid, Taurus, 1988. - John Rawls, *Teoría de la justicia,* México, FCE, 1993. - Matthias Kettner, "Bereichsspezifische Relevanz. Zur konkreten Allgemeinheit der Diskursethik", en K. O. Apel, M. Kettner, *Zur Anwendung der Diskursethik in Politik, Recht und Wissenschaft*, Frankfurt, Suhrkamp, 1992, pp. 317-348. - Dorando J. Michelini, *La razón en juego,* Río Cuarto, Universidad Nacional de Río Cuarto-Icala, 2000. - Dorando J. Michelini, *Globalización, interculturalidad y exclusión. Ensayos ético-políticos*, Río Cuarto, Ediciones del Icala, 2002.

Norma técnica

León Olivé (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

Distinción del concepto de norma técnica. En muchas ocasiones se utilizan indistintamente los términos de *norma*, *principio*, *regla*, *instrucciones*, en especial cuando se habla en contextos técnicos. Sin embargo, esto puede dar lugar a confusiones y conviene distinguirlos. Para el fin de comprender las *normas técnicas*, estos conceptos pueden entenderse de la siguiente manera. *Principio* es un supuesto básico en relación con una teoría o bajo los cuales se realizan ciertas acciones, que por lo general está fuertemente atrincherado y, por tanto, es de lo más difícil de remover o modificar, y ejemplos son los principios de la lógica clásica (e. g. no contradicción) y el principio de causalidad supuesto por la mecánica newtoniana (todo suceso en el universo tiene una causa). *Norma* es un precepto que establece qué es correcto y qué no lo es en determinado contexto, como en contextos científicos donde se supone que prevalecen normas del tipo "no plagiarás", "no forjarás artificialmente los datos". Las normas técnicas tienen sentido y vigencia en el contexto de sistemas técnicos específicos, y convendrá distinguirlas de las reglas y de las instrucciones. A menudo la violación de una norma se sanciona con un castigo por parte de personas a quienes se les reconoce la autoridad para hacerlo, pero la violación de algunas normas puede conducir al fracaso en la realización de los fines que se buscan. Esto es particularmente el caso de las normas técnicas. *Regla de procedimiento* es un enunciado condicional que indica los procedimientos adecuados para obtener un fin determinado (si quieres A haz B). *Regla constitutiva* es un precepto que establece las acciones permisibles y no permisibles en una determinada práctica (como las reglas de los juegos o de la gramática), y que es necesario para la identidad de la práctica en cuestión. Su violación puede dar lugar a un extrañamiento dentro de una práctica ("¿qué haces?, no lo entiendo"), o de plano a un desconocimiento por parte de los demás miembros de la práctica del agente que viola la norma, lo cual podría culminar con la expulsión del violador. Las reglas constitutivas permiten identificar los problemas legítimos dentro de un campo. Por ejemplo, para cierto tipo de epistemología, los problemas de la génesis del conocimiento no están dentro de su ámbito (o juego), sino sólo los problemas de justificación. *Instrucciones*

son enunciados que indican los procedimientos y las acciones que se requieren en determinado contexto para lograr un fin específico (e. g. para operar un aparato, para llegar a cierto lugar, para mostrar obediencia o sometimiento, etc.).

Sistemas técnicos y sistema tecnológico. Las normas por lo general están asociadas a valores, aunque debe distinguirse entre unas y otros. Adelante regresaremos sobre el concepto de valor. Por ahora veamos la noción de sistema técnico, pues las normas y los valores técnicos adquieren pleno sentido en relación con los sistemas técnicos. Un *sistema técnico* consta de agentes intencionales (al menos una persona que tiene alguna intención), de al menos un fin que los agentes pretenden lograr (cortar una fruta o intimidar a otra persona), de objetos que los agentes usan con propósitos determinados (la piedra que se utiliza instrumentalmente para lograr el fin de pulir otra piedra y fabricar un cuchillo), y de al menos un objeto concreto que es transformado (la piedra que es pulida). El resultado de la operación del sistema técnico, el objeto que ha sido transformado intencionalmente por alguna persona, es un *artefacto* (el cuchillo). Al plantearse sus fines los agentes intencionales lo hacen contra un trasfondo de representaciones (creencias, teorías) y de valores. Alguien puede querer pulir una piedra porque *cree* que le servirá para cortar ciertos frutos. La piedra pulida es algo que el agente intencional considera *valiosa*. Los sistemas técnicos, entonces, también involucran *creencias* y *valores*. Por *sistema tecnológico* puede entenderse a los sistemas técnicos que involucran conocimientos de base científica y que se usan para describir, explicar, diseñar y aplicar soluciones técnicas a problemas prácticos de forma sistemática y racional. Los sistemas tecnológicos son entonces una subclase de los sistemas técnicos. Los sistemas técnicos son indispensables en toda sociedad humana. Los sistemas tecnológicos son propios de las sociedades industriales.

Sistemas tecnocientíficos. En el siglo XX también surgió otro tipo de sistema técnico, más complejo que el tecnológico, que parece ahora ser característico de la llamada *sociedad del conocimiento*: los sistemas *científico-tecnológicos* o *tecnocientíficos*. En los sistemas tecnocientíficos no solo están indisolublemente imbricadas la ciencia y la tecnología, sino que tienen formas de organización, de colaboración entre especialistas, estructuras de recompensas y mecanismos de financiamiento y de evaluación, controles de calidad, normas y valores diferentes de los de la ciencia y la tecnología tradicionales. Estos sistemas requieren el concurso de diferentes grupos de científicos y de tecnólogos, así como de agentes capaces de realizar grandes inversiones económicas –como los Estados poderosos o las grandes empresas–, por lo general están ligados a intereses económicos y políticos e incluso muchas veces a militares, y además son tan complejos que requieren gestores especializados. Algunos ejemplos paradigmáticos de esos sistemas son: la investigación nuclear, la espacial, la informática y el desarrollo de las redes telemáticas. Suele mencionarse al Proyecto Manhattan, la construcción de la bomba atómica, como uno de los primeros grandes proyectos tecnocientíficos del siglo XX. Entre los ejemplos de tecnociencia que hoy día más acaparan la atención pública y atraen a los mayores intereses económicos y militares se encuentran la investigación genómica y la proteómica, la ingeniería genética, la biotecnología en general y la nanotecnología. Javier Echeverría, apoyándose en la concepción de sistema técnico de Quintanilla, ha propuesto la siguiente caracterización de los *sistemas tecnocientíficos*: se trata de sistemas de acciones intencionales que se guían por creencias, normas, valores y reglas, que están vinculados a sistemas de información, que cuentan con una base científica y tecnológica, y están ligados a sistemas e instituciones de investigación, pero también a otras organizaciones políticas, económicas, empresariales y muchas veces militares. Dichas acciones son llevadas a cabo por agentes, con ayuda de instrumentos y están intencionalmente orientadas a la transformación de otros sistemas con el fin de conseguir resultados que los agentes consideran valiosos, y que al aplicarse producen resultados que afectan positiva o negativamente a la sociedad y al ambiente (Echeverría, 2003).

Valor y norma técnica. Sobre la noción de *valor* hay una larga discusión en la historia de la filosofía. Básicamente la diferencia se da entre quienes consideran que los valores son atributos objetivos de lo que es valioso, y quienes consideran que los valores no constituyen propiedades objetivas de las cosas, sino que son subjetivos por completo y dependen siempre de quien hace la evaluación. Entre estas dos posiciones hay una tercera, que considera que los valores consisten más bien en una relación entre aquello que es considerado valioso y el agente que hace esa evaluación. Para esta tercera posición los valores no existen por sí mismos, independientemente de las acciones de evaluación por parte de los agentes. Los valores existen solo cuando los agentes de una práctica social (religiosa, científica, tecnológica, médica) valoran algo en circunstancias específicas. Los valores tienen significado solo cuando los agentes (individuales o colectivos) realizan la acción de evaluar. De otro modo solo hay términos valorativos vacíos (belleza, elegancia, justicia, simplicidad, precisión, etc.). Pero en cambio, en situaciones específicas decimos que tal acción de una persona fue injusta

con otra, o que determinada demostración matemática es simple y elegante, que tal medición es sumamente imprecisa, o que cierto sistema tecnológico es muy eficiente, etc. Una *norma técnica* establece lo que es correcto hacer en el contexto de la operación de un sistema técnico o de uno tecnológico. Las normas técnicas pueden operar internamente a un sistema técnico, o pueden operar externamente al sistema en relación con las consecuencias de la operación del mismo y con lo que sería correcto hacer con respecto a ellas. Seguir o violar una norma técnica implica responsabilidades que pueden atribuirse a los agentes en relación con el funcionamiento del sistema técnico, pero también con respecto a sus consecuencias, por ejemplo, para la salud de las personas, para la sociedad o para el ambiente. Internamente a un sistema, una norma técnica establece lo que sería correcto para que este funcione de acuerdo con ciertos valores. Los valores técnicos internos suelen incluir la eficiencia, la factibilidad, la eficacia y la fiabilidad. La *eficiencia* técnica se refiere a la adecuación de los medios a los fines propuestos. La eficiencia de un sistema técnico es la medida en la que coinciden los objetivos del sistema con sus resultados efectivos. Un sistema es más eficiente que otro si obtiene más de las metas propuestas con menos consecuencias no previstas. La *factibilidad* de un sistema significa que sea lógica y materialmente posible diseñar y operar el sistema. La *eficacia* quiere decir que se logren realmente los fines que se proponen alcanzar mediante la operación del sistema. Y la *fiabilidad* significa que la eficiencia sea estable.

Eficiencia y evaluación de un sistema técnico. El incumplimiento de normas técnicas internas en general es sancionado con el fracaso en la eficiencia, la eficacia o la fiabilidad del sistema técnico en cuestión, y puede imputarse la responsabilidad a quien violó la norma. La justificación de la imputación, y la sanción, normalmente la llevan a cabo los pares dentro de las comunidades médicas, científicas, tecnológicas o tecnocientíficas. Pero la evaluación de un sistema técnico, incluso con respecto a un valor interno como la eficiencia, no puede quedar en manos solo de los expertos. Recordemos que la eficiencia de un sistema técnico se entiende en términos del grado de ajuste entre los fines deseados y los resultados de hecho obtenidos cuando ha operado el sistema. Pero entonces la evaluación de la eficiencia enfrenta una seria dificultad. Pues mientras que el conjunto de metas puede identificarse con razonable confianza una vez que ha quedado establecido el conjunto de agentes intencionales que diseñan y que operan el sistema, puesto que se trata de *sus* objetivos, el conjunto de resultados de hecho, en cambio, no puede identificarse de la misma manera. El conjunto de resultados que de hecho se producen y que sean *pertinentes* para la evaluación de la eficiencia no depende únicamente de los expertos, es decir, de los agentes que diseñan o que operan el sistema técnico y de la interpretación que ellos hagan de la situación. La identificación del conjunto de resultados que sean relevantes variará de acuerdo con los intereses de los diferentes grupos afectados y sus diversos puntos de vista. El problema es que no existe una única manera legítima de establecer esos criterios. La eficiencia, entonces, es relativa a los criterios que se usen para determinar el conjunto de resultados. Por ejemplo, la eficiencia de una semilla modificada genéticamente podrá medirse de acuerdo con los propósitos que se plantean los tecnólogos que los diseñan, digamos en términos de su resistencia a una determinada plaga. Pero si al liberarse al ambiente hay introgresión genética en variedades criollas de la especie, ¿considerarían los biotecnólogos que diseñaron y produjeron la semilla esas consecuencias no previstas para medir la eficiencia de su tecnología? Lo menos que puede decirse es que se trata de un asunto controvertible. La conclusión es que la eficiencia no puede considerarse como una propiedad intrínseca de los sistemas técnicos. La aplicación de una tecnología casi siempre entraña una situación de riesgo o de incertidumbre, es decir, no es posible prever todos los resultados de su aplicación y siempre será necesario *elegir cuáles* consecuencias se consideran pertinentes para evaluar la eficiencia del sistema técnico. Pero la determinación de cuáles consecuencias son relevantes será un asunto controvertible, dependerá de los diferentes intereses y puntos de vista. No obstante, esto no quiere decir que la eficiencia sea algo subjetivo. La eficiencia es objetiva en el sentido de que una vez que los fines propuestos quedan establecidos por los agentes intencionales que componen el sistema, y una vez que el conjunto de resultados queda determinado intersubjetivamente entre quienes evaluarán la eficiencia del sistema, entonces se desprende un valor determinado de la eficiencia, el cual no depende de las evaluaciones subjetivas que los agentes o los observadores hagan individualmente de las consecuencias (por ejemplo, que les gusten o no). Pero esta situación implica la norma ética de que en la determinación de las consecuencias pertinentes para evaluar incluso la eficiencia de un sistema técnico deben participar todos los que serán afectados por sus consecuencias.

Referencias

M. A. Quintanilla, *Tecnología: un enfoque filosófico y otros ensayos de filosofía de la tecnología*, México, FCE, 2005. - J. Echeverría, *La revolución tecnocientífica*, Madrid, FCE, 2003.

Eficacia tecnológica

Rodolfo Gaeta (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Técnica y tecnología. En el ámbito de la filosofía de la tecnología, una disciplina que se ha desarrollado en las últimas décadas, se utiliza una serie de términos preexistentes a los que se ha tratado de dotar de un significado más preciso que el sentido propio del lenguaje corriente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime al respecto, además, no siempre los especialistas se atienen a las definiciones que ellos mismos han propuesto. De todos modos, las caracterizaciones más usuales constituyen una guía necesaria para interpretar correctamente los textos en los que se tratan esos temas. El sustantivo *técnica* se emplea para designar un procedimiento descubierto o ideado para llevar a cabo una tarea dirigida a la obtención de un fin determinado, por lo general la transformación o producción de un objeto, pero no necesariamente una entidad material. Así, hay técnicas para encender fuego, cultivar vegetales y construir casas, pero también las hay para realizar cálculos matemáticos y llevar a cabo tratamientos psicológicos y operaciones quirúrgicas. Una característica de las técnicas reside en el hecho de que determinan conductas reproducibles, esto es, procedimientos que pueden reiterarse cada vez que se intente obtener resultados semejantes a partir de condiciones similares. Conforme a estos rasgos, es obvio que el conjunto de las técnicas, en el sentido general, comprende un enorme abanico de acciones humanas que incluye desde las más sencillas y primitivas hasta las más modernas y complejas. Pero en un sentido restringido, los filósofos de la tecnología suelen reservar la expresión *técnica* para referirse a los tipos de procedimiento que no requieren conocimientos estrictamente científicos, las antiguas prácticas agrícolas, por ejemplo. Denominan *tecnología*, en cambio, a las técnicas que son el resultado de la aplicación de las investigaciones científicas, en especial los procedimientos que se enmarcan en procesos industriales; y por ese motivo, mientras la cocción de los alimentos responde a técnicas de trasformación conocidas desde épocas muy remotas, la pasteurización es actualmente un ejemplo de tecnología muy difundido.

Eficacia, eficiencia y efectividad. Hemos dicho que las técnicas y las tecnologías se introducen para alcanzar un propósito determinado, pero ello no implica que la finalidad propuesta se logre de hecho. Por esa razón, cabe preguntarse si una técnica o tecnología produce o no los resultados esperados, y en caso afirmativo se concluye que es eficaz. Debe advertirse, sin embargo, que esta definición, pese a ser muy frecuente, genera una dificultad, pues, seguramente una técnica podría considerarse eficaz aun cuando fallara en algunas oportunidades. En consecuencia, la definición debería ser complementada con un criterio que permitiera establecer, como signo de la eficacia del procedimiento, el porcentaje mínimo de casos en los cuales se logra el objetivo. Asimismo, en vista de que, en cada caso, el propósito deseado puede cumplirse en mayor o menor medida, se hace necesario fijar el límite que indique tal cumplimiento. En algunos textos, el grado en el que se realiza el resultado se denomina *efectividad*. Por otra parte, asociado a la eficacia y la efectividad se encuentra el concepto de *eficiencia*, es decir, la capacidad de alcanzar la finalidad deseada de la manera más conveniente. La idea deriva sobre todo de la termodinámica, en cuyo campo se mide la eficiencia de una máquina como la relación del trabajo realizado por una máquina con el consumo de combustible que emplea para ello, de manera que la máquina será tanto más eficiente cuanto menos insumos derroche para llevar a cabo una determinada tarea. Sin embargo, la aplicación de un criterio económico deberá tener en cuenta la incidencia de múltiples factores; por ejemplo, el costo de adquisición del aparato, la confiabilidad de su funcionamiento, su durabilidad, la facilidad de operación, etc. Los procesos tecnológicos, naturalmente, constituyen un complejo de múltiples factores, y no todos ellos pueden cuantificarse, de modo que la evaluación de la eficacia tecnológica debe extenderse a fin de precisar los valores que han de tenerse en cuenta cuando debe elegirse uno u otro curso de acción; por esa razón debe ponderarse la importancia de las distintas variables que intervienen y el peso de cada una de las consecuencias producidas, sin dejar de lado las consideraciones éticas que marcan los límites de tales decisiones y obligan a descartar opciones que podrían resultar eficaces si no se tuviera en cuenta este aspecto.

Referencias

Miguel Ángel Quintanilla, *Tecnología: un enfoque filosófico*, Buenos Aires, Eudeba, 1991. - Javier Echeverría, “Teletecnologías, espacios de interacción y valores”, *Teorema*, Vol. XVII Nº 3, 1998.

Explicación y determinismo en ciencias de la vida

Gustavo Caponi (Brasil) - *Universidad Federal de Santa Catarina*

Los dominios generales de las ciencias de la vida. Las *ciencias de la vida* pueden pensarse como divididas en dos dominios generales de indagación: la *biología funcional*, ocupada en estudiar las *causas próximas* que, actuando a nivel orgánico, explican

cómo los fenómenos vitales se encadenan e integran en la constitución y funcionamiento del viviente individual; y la *biología evolutiva*, ocupada en reconstruir las *causas remotas* que, actuando a nivel poblacional, nos explican *por qué* las diferentes clases de seres vivos presentan las características que efectivamente poseen (Mayr, 1988). No se trata, claro, de una oposición entre paradigmas o programas en pugna, sino de la distinción entre dos perspectivas complementarias que necesariamente deben converger en la comprensión de todo fenómeno biológico. No obstante, y más allá de esa complementariedad y de esa convergencia, es necesario reconocer que estos dominios disciplinares persiguen objetivos explanatorios disímiles: la *biología funcional* procura lo que a menudo, y con toda justicia, denominamos *explicaciones funcionales*; y la *biología evolutiva* persigue lo que aquí denominaremos *explicaciones seleccionales*. Y para ilustrar esta distinción podemos mostrar cómo la misma se patentiza en los dos tipos de preguntas que cabría plantear con relación al caso hipotético de una glándula subcutánea que podemos imaginar presente en una especie de rana amazónica recientemente descubierta, pero ausente en otra especie de rana, ya conocida, y de la cual la primera especie, suponemos, deriva evolutivamente. Quizás, en un caso semejante, un primer conjunto de preguntas a ser formuladas apuntaría a determinar cuál es la sustancia secretada por esa glándula, a saber cómo ella la produce y, sobre todo, establecer el papel de esa secreción en el funcionamiento total del organismo en cuestión. Serían esas las preguntas típicas del fisiólogo o, más en general: las preguntas cuyas respuestas hacen al desarrollo de la biología funcional. Pero, si una vez respondidas esas preguntas queremos saber por qué esas ranas poseen una glándula ausente en sus supuestos ancestros, ingresaríamos, forzosamente, en el dominio de la biología evolutiva, e intentaríamos responder nuestro interrogante desentrañando la trama de presiones selectivas que habrían actuado sobre esa nueva especie de rana y que habrían propiciado la aparición o el desarrollo de esa estructura ausente en la forma considerada ancestral. Es decir: mientras el *biólogo funcional* asume el presupuesto de que toda estructura normalmente presente en algún tipo de organismo tiene, por lo general, un papel definido en la constitución o en el funcionamiento de esos organismos; el *biólogo evolutivo* parte siempre del presupuesto de que esas estructuras constituyen una respuesta a algún desafío ambiental que el taxón a que dichos organismos pertenecen ha enfrentado en algún momento de su historia evolutiva. El *biólogo funcional*, para decirlo de otro modo, apunta siempre a reconstruir el orden o sistema constituido por cada tipo de organismo y, en ese marco, cada estructura orgánica es analizada en función de su contribución al funcionamiento y constitución de dicho sistema. Entre tanto, el *biólogo evolutivo* se centra en las relaciones que los seres vivos guardan con las exigencias de un ambiente que, permanentemente, les plantea problemas de supervivencia y, en ese marco, las estructuras biológicas son pensadas como respuestas a esos problemas o como subproducto de tales respuestas.

Explicaciones funcionales. Si llamamos *autopoiesis* al conjunto de los procesos por medio de los cuales un organismo individual se constituye y preserva en su propia organización (Maturana & Varela, 1994), podemos decir que la biología funcional se rige por una regla metodológica regional específica según la cual: para todo X tal que X sea un fenómeno o estructura asociado a un proceso de autopoiesis A, debe formularse una descripción de ambos tal que podamos atribuirle a X un papel causal [función], sea: 1. en la realización de A, sea 2. en la realización de alguna respuesta a una perturbación sufrida por A o, en su defecto, 3. como efecto secundario de 1 o 2. Así, dada una estructura orgánica X normalmente presente en algún tipo de organismo, la biología funcional busca siempre responder a la pregunta: ¿cuál es la función (papel causal) de X en la autopoiesis de dicho organismo? Y la respuesta a esa pregunta, que es lo que denominamos *explicación funcional,* obedece al siguiente esquema general:

Explanans:

a) Z es un efecto de X.

b) 1. Z tiene un *papel causal* en la realización de la *autopoiesis*.
o 2. Z es una respuesta a una perturbación que ha afectado a esa *autopoiesis*.
o 3. Z es un efecto de Y que satisface las condiciones 1 o 2.

Explanandum:

c) Z es la *función* de X o es un *efecto secundario* de Y.

Pero, claro, ese interés en los procesos que hacen a la autopoiesis orgánica tiene su contraparte necesaria en un interés por aquellos procesos o factores que desvían, obstaculizan o impiden la realización de esa autopoiesis; por eso su estudio y explicación también son partes fundamentales de la biología funcional: explicar cómo se realiza la autopoiesis orgánica y cómo cada estructura orgánica está involucrada en esa realización hace al estudio de lo normal; explicar cómo se generan y actúan los fenómenos que conspiran contra esa normalidad hace al estudio de lo patológico. Estudiar una patología es intentar identificar y explicar

un proceso causal, verificable en la propia estructura orgánica, que está efectivamente conspirando contra esa autopoiesis; y esto exige no solo apuntar las causas eficientes que desencadenan dicho proceso, sino también apuntar cómo, por cuáles mecanismos, ese proceso efectivamente interfiere en el circuito causal de la autopoiesis. Establecer una correlación entre la exposición a una sustancia química y el desarrollo de cierto tipo de neoplasia puede ser el indicio poderoso de una relación causal; pero no es todavía una explicación: es, en todo caso, un hecho que pide esa explicación; y esta solo se dará cuando mostremos cuáles son los procesos causales que esa sustancia química desencadena en el organismo y cómo ellos conducen al desarrollo de esa patología.

Explicaciones seleccionales. Ya por su parte, las explicaciones seleccionales de la biología evolutiva pueden ser pensadas como obedeciendo a esta otra regla metodológica: Dada la constatación (C) del predominio de una estructura orgánica Z' sobre otra estructura orgánica Z" en una población X, se debe formular y testar un conjunto de hipótesis tal que contenga: A) la descripción de un conjunto de presiones selectivas Y que operan u operaron sobre X; y B) observaciones y argumentos que muestren a Z' como una respuesta más adecuada que Z" para Y, o que, en su defecto, la muestren como efecto no seleccionado de tal respuesta. Y las explicaciones que obedecen a esa regla pueden representarse con base en el siguiente esquema o modelo general:

Explanans:

La población *P* está sometida a la presión selectiva S.

La estructura *X* [presente en *P*] constituye una mejor respuesta a S que su alternativa *Y* [también presente en *P*]; o *X* está asociada a otra estructura que sí satisface esa condición.

Explanandum:

La incidencia de *X* en *P* es mayor que la de *Y*.

Por eso, el *análisis darwiniano* de las estructuras adaptativas no puede confundirse con una simple descripción del modo en que esa estructura actúa en beneficio de sus portadores o está asociada a alguna estructura que produce tales beneficios. Una adaptación evolutiva es una variante fenotípica que genera la mayor aptitud [*fitness*] entre un conjunto de alternativas definidas en un ambiente dado; y, por eso, la *explicación seleccional darwiniana* debe siempre aludir a las condiciones bajo las cuales la característica positivamente seleccionada pudo resultar mejor o más ventajosa [en términos del éxito reproductivo de sus portadores] que una o más alternativas viables y efectivamente presentes en una población en un momento dado. Pero, para entender la naturaleza y la peculiaridad de la *explicación seleccional*, es necesario que tampoco perdamos de vista que ella alude a un dominio de fenómenos totalmente diferente de aquel al que aluden las explicaciones de la biología funcional.

Lo normal y lo patológico: explicaciones causales. Al referirse al fenómeno normal o al fenómeno patológico, el *biólogo funcional* siempre alude a procesos causales que se propagan y que dejan su marca en el seno del organismo: en sus tejidos, en sus células o en sus proteínas; y es en ese sentido que hablamos de *causas próximas*: estas no son otras que aquellas causas cuyo accionar se verifica en el seno del propio viviente individual. Pero, si la biología funcional puede ser definida como una *biología del organismo*, la biología evolutiva debe ser entendida como una *biología de las poblaciones*. Los fenómenos por ella estudiados no pueden ser verificados ni apuntados en la estructura del viviente individual: los mismos solo se verifican al analizar cómo la composición de las poblaciones va cambiando a lo largo de sucesivas generaciones; y los procesos causales que producen esos cambios solo se propagan y dejan su marca en la estructura de dichas poblaciones (Sober, 1993). Así, cuando hablamos de una *presión selectiva* no nos referimos simplemente a un factor que afecta la vida de los diferentes organismos que en un momento dado componen una población: hablamos de un conjunto de factores que va a alterar la composición de esa población al modificar el suceso reproductivo diferencial de sus diferentes miembros; y esto ya puede servirnos para dar una definición clara y concisa de *causa remota*: estas no son otra cosa que aquellos factores que definen y modifican la composición de las poblaciones. La selección natural es, claro, la causa remota por excelencia; pero también podemos considerar del mismo modo a las migraciones, al aislamiento geográfico y a la llamada *deriva genética*.

Explicación, predicción y determinismo en las ciencias biológicas. Ahora bien, sea por su referencia a *causas remotas*, o por su referencia a *causas próximas*, las explicaciones biológicas, como cualquier otra explicación científica, pretenden tener cierto valor o contenido predictivo. Decir que conocemos las causas de un fenómeno siempre implica la pretensión de que, si hubiésemos conocido de antemano dichas causas, hubiésemos podido vaticinar su ocurrencia. Cabe preguntarnos, sin embargo, si esas predicciones pueden tener, en las ciencias biológicas, un carácter suficientemente apodíctico como para que podamos decir que ellas se apoyan en explicaciones realmente deterministas. No obstante, la respuesta a esta cuestión no es del todo sencilla. Desde cierta perspectiva podría decirse que necesariamente estas

explicaciones, en la medida en que sean completas, deberían ser también capaces de generar predicciones deterministas. Si se conocen por completo las causas y las condiciones que produjeron cierto fenómeno, deberíamos poder decir que, si esas causas y condiciones vuelven a presentarse, ese fenómeno volverá a producirse de la misma manera en que antes se produjo. Así, si conocemos todas las condiciones relevantes que permitieron que la exposición a cierta sustancia química desencadenase el desarrollo de una neoplasia en cierto organismo, también podremos decir que si esas condiciones se repiten en el caso de cualquier otro organismo de ese tipo la misma exposición a esa sustancia también acabará generando esa neoplasia. Y si en una población dada de cierta especie, sometida a un conjunto definido de presiones selectivas, cierta variante genética resultó favorablemente seleccionada; también podremos decir que en cualquier otra población de la misma especie, sometida al mismo conjunto de presiones selectivas, esa misma variante también resultará favorecida por la selección natural. Pero, aunque ese modo de razonar sea legítimo y en cierto modo inobjetable, no debemos perder de vista que, por lo menos en el caso de las ciencias biológicas, el mismo debe ser aplicado y seguido con precaución. Claro: si se conocen todas las condiciones relevantes para explicar un fenómeno, también se conocerán las condiciones necesarias para predecirlo; pero el problema está siempre en saber si, en efecto, conocemos o no todas esas condiciones. Y en el caso de la biología esa dificultad se plantea con mayor crudeza porque, para cualquier orden de fenómenos, hasta es difícil de saber cuáles son las condiciones que deberíamos conocer para poder decir que efectivamente contamos con toda la información relevante para predecir un fenómeno. No se trata simplemente de que, en ocasiones, nos falten algunos datos que sabemos que serían relevantes para nuestras predicciones; en general desconocemos cuál podría ser la índole de esos datos faltantes. Puede decirse, por eso, que en las ciencias biológicas no podemos satisfacer la exigencia de *poder dar razón* de antemano de los errores de nuestras predicciones; y esto nos impide hablar de *determinismo* (Popper, 1984). El conjunto de factores que pueden incidir en la ocurrencia de cualquier fenómeno es indefinidamente abierto: el conjunto de los factores *biológicamente relevantes* constituye un ilimitado e irregular cajón de sastre donde siempre se encuentran piezas nuevas e inesperadamente importantes. Esto es del todo claro en la biología evolutiva porque no existe una definición general y a priori de lo que puede constituir una presión selectiva. Pero la situación no es muy diferente en la biología funcional: los seres vivos son el producto de una historia de contingencias pautadas, entre otras cosas, por esas múltiples y heterogéneas presiones selectivas; y esto afecta cada detalle, hasta el más ínfimo, de su estructura y de sus modos de funcionar y reaccionar. No hay un esquema general respecto de qué tipo de interacciones podemos esperar que existan entre sus componentes, ni entre esos componentes y las innúmeras contingencias del entorno. Esas interacciones no son solo muchísimas, sino también muy variadas; y eso conspira contra la posibilidad de tratar a los organismos como si fuesen máquinas newtonianas que obedecen a un determinismo previsible y controlable.

Referencias

H. Maturana & F. Varela, *De máquinas y seres vivos*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1994. - E. Mayr, *Towards a new Philosophy of Biology*, Cambridge, Harvard University Press, 1988. - K. Popper, *El universo abierto: un argumento a favor del indeterminismo*. Madrid, Tecnos, 1984. - E. Sober, *The Nature of Selection*, Chicago, The Chicago University Press, 1993.

Ciencias biológicas y bien común

Agustín Vicedo Tomey (Cuba) - *Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón*

Ciencia y ética. Desde una perspectiva histórica, la sociedad ha considerado a la *ciencia* como un valor positivo. En la experiencia colectiva los avances científicos han estado ligados a mejoras en las condiciones de vida de los seres humanos, la prolongación de su existencia individual y la mitigación del dolor y el sufrimiento. Los avances científicos y técnicos tienen un papel preponderante en el llamado modo de vida occidental, y aunque la bondad a largo plazo del mismo pudiera ser objeto de críticas, por lo general se acepta, tácita o explícitamente, como socialmente adecuado y deseable. Desde el punto de vista ético las expectativas sociales de comportamiento en relación con el quehacer científico sobreentienden que los avances de la ciencia estarán encaminados a la generación del bien común de hombres y mujeres. Este bien común debe asumirse en un sentido amplio, incluyendo la preservación del ambiente y del resto de las especies que habitan el planeta. Ocurre, sin embargo, que se defiende por algunos que la ciencia, como conocimiento que es, no podría ser catalogada de buena o mala, es decir, de *ética* o no; que solo las aplicaciones que se hacen del conocimiento científico pueden ser objeto de tal valoración. No obstante, por muy neutral que pudiera ser el conocimiento científico considerado en abstracto, no puede la comunidad científica en particular, ni la sociedad en general, sustraerse de las valoraciones éticas asociadas a la

producción intelectual, su modo de obtención y sus ulteriores aplicaciones. No cabe entonces considerar el concepto de una ciencia éticamente neutral.

Dilemas éticos en las ciencias biológicas. En el campo de las ciencias biológicas serían interminables los ejemplos que pudieran citarse en relación con sus resultados en función del bienestar de los seres humanos. Baste mencionar como casos relevantes el desarrollo de antibióticos, la producción artificial de insulina, los progresos en la producción de alimentos, etc. Pero se dan, en el caso de las ciencias biológicas, particularidades éticas que no se han manifestado en otras ciencias. Por ello la disciplina bioética ha surgido como respuesta a la necesidad de atender dichas particularidades. Como en otras disciplinas científicas, en las ciencias biológicas se originan dilemas éticos relacionados con la aplicación de sus resultados. Es conocido que actualmente constituye un campo de intenso debate la aplicación de los avances obtenidos en la clonación de organismos superiores a la reproducción de seres humanos. Debe resaltarse aquí un elemento fundamental para la comprensión inicial de las peculiaridades de estos problemas; para algunos críticos de la clonación humana los argumentos parten de sus peligros potenciales en relación con el individuo clonado; para otros se trata de algo más básico, algo que no debe hacerse aun cuando se cuente con todo el conocimiento y garantías de resultados exitosos. En el segundo caso se entiende que el procedimiento resulta tan "antinatural" como inaceptable. Sin embargo, y como peculiaridad de las ciencias biológicas, sus dilemas éticos no se circunscriben a la aplicación de los conocimientos logrados, sino que pueden originarse a lo largo de todo el ciclo del quehacer investigativo.

Sistematización de problemas éticos con relación al bien común. A partir de esta peculiaridad, un intento de sistematización de los problemas éticos de las ciencias biológicas en su relación con el bien común pudiera incluir las siguientes categorías: 1. *Según el objeto que se pretende investigar.* Aquí se considera que determinado objeto, por su propia naturaleza, no debe ser sometido a escrutinio científico. Pudiera preverse que los posibles resultados científicos no contribuirían al deseado bien común o que, en el peor caso, pudieran llegar a ser contraproducentes. La caracterización del fondo genético de algunos grupos poblacionales calificaría como una problemática de este tipo. 2. *Según el grado de prioridad social del objeto investigado*. La investigación es un proceso costoso en cuanto a recursos financieros y humanos. Es éticamente cuestionable que estos recursos estén encaminados a la solución de problemas que no se encuentren entre los más acucientes en un momento histórico determinado. Es conocido que algunos flagelos de la salud humana no han recibido la atención merecida por tratarse de afecciones, como es el caso de la malaria, que no se padecen en los centros geográficos donde se concentra el mayor potencial científico y económico. 3. *Según los procedimientos seguidos en el proceso investigativo.* Se cuestiona el procedimiento, no el resultado. Por ejemplo, por lo general se reconoce el potencial beneficioso de las investigaciones realizadas con células totipotenciales para el tratamiento de muy variadas condiciones morbosas, no obstante la fecundación *in vitro* de óvulos humanos con este único fin es condenada por determinados segmentos de la sociedad. 4. *Según la aplicación del conocimiento.* Es aceptado el conocimiento, pero no una aplicación particular. Así la creación de organismos transgénicos cuando se usa para conseguir una mayor producción de alimentos pudiera ser aceptable, pero la creación por modificación genética de organismos patógenos más resistentes o de mayor virulencia sería condenable. 5. *Según la población blanco de determinada aplicación.* Lo criticable en este caso sería la falta de equidad al realizar una aplicación. Se genera este problema cuando por motivos sociales, raciales, económicos o de otra índole una población necesitada queda excluida de los beneficios de la aplicación de determinado logro científico. Los altos costos de la terapia antirretroviral para el tratamiento del sida excluye de sus beneficios a grandes grupos poblaciones, en especial en los países subdesarrollados. La lucha por la producción de medicamentos genéricos de esta naturaleza está siendo particularmente aguda. 6. *Según las conclusiones que se proponen*. Se objetaría en este caso una particular interpretación de determinadas observaciones, experimentos, etc. Resulta particularmente criticable la metainterpretación. Sería el caso de que se pretendiera concluir que una raza o grupo poblacional es inferior al resto por el hecho de presentar una mayor susceptibilidad a determinada enfermedad somática o psíquica.

Problemas relevantes en América Latina. Debe advertirse que los problemas utilizados como ejemplos en las seis categorías expuestas en modo alguno se consideran agotados en relación con sus potencialidades para el debate y la investigación, se han seleccionado solo como ilustraciones relativamente conocidas dentro de su clase. Tal vez esta categorización pudiera resultar metodológicamente útil al participar en las polémicas éticas alrededor de la investigación biológica y el bien común, en cuanto circunscriben el problema y precisan la naturaleza del hecho éticamente enjuiciable que es sometido a análisis. Cada categoría fijaría con claridad el centro de atención, evitándose así discursos colaterales que distraigan

del punto focal al abordar un problema dado; mas no debe perderse la noción de que muchos problemas éticos en relación con las ciencias biológicas pueden implicar, dada su complejidad, más de una de estas categorías. Desde nuestra perspectiva latinoamericana, caracterizada aún por grandes desigualdades sociales, la existencia de grupos étnicos marginados, recursos económicos limitados y mal distribuidos y un relativo retraso científico-técnico, la actitud vigilante y militante de la conciencia ética debe desarrollarse fundamentalmente en relación con los problemas ligados a las categorías I, II, V y VI, donde resultan más evidentes las repercusiones colectivas de las conductas éticamente reprobables. Esto no debe implicar que el pensamiento crítico latinoamericano se margine de las corrientes de discusión que abordan otros problemas que tienen una connotación más circunscrita. Se propone privilegiar la investigación y el debate bioético alrededor de aquellos problemas más relevantes en relación con las características demográficas y socioeconómicas de la región.

Responsabilidades de la bioética latinoamericana. El volumen de conocimientos acumulado por las ciencias biológicas contemporáneas y su crecimiento explosivo en las últimas décadas, tendencia que deberá acentuarse en el futuro previsible, determina que no puedan abordarse los debates bioéticos en relación con las ciencias biológicas y el bien común a partir exclusivamente de consideraciones generales sobre el bien y el mal y de enfoques principialistas en este campo. Se requiere, ineludiblemente, la profundización en los elementos técnico-científicos de cada problema particular. Ignorar este requisito puede conducir a debates abstractos y estériles al no contarse con todos los elementos necesarios para abordar estos problemas; o bien a la pérdida, por pecado de superficialidad, de la capacidad movilizadora y normativa de la bioética. Un riesgo adicional es el peligro de manipulación por parte de corrientes científicas e intereses espurios, mediante el uso y abuso de nuestras limitaciones para interpretar de manera adecuada lo que se pretende hacer, eludiendo así sus responsabilidades ante las implicaciones éticas de su actividad. Por ello la investigación y desarrollo en el terreno bioético, en su conexión con la investigación biológica y el bien común, devendrá una fortaleza en la medida que se establezcan las adecuadas corrientes de cooperación y educación mutua entre los especialistas de diferentes disciplinas sociales y biológicas. Se refuerza así el carácter obligadamente multidisciplinario de la bioética latinoamericana de nuestros días.

Referencias

J. Bacallao, “La presencia de la dimensión ética en el trabajo científico”, *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Vol. 1, Nº 1, 2002. - R. G. Mc Kinnell, “Cloning of Homo Sapiens? No!”, *Differentiation* 69 (4-5):150-3, 2002. - T. H. Murray, “In brief: Will new ways of creating stem cells dodge the objections?”, *Hasting Center Report* 35 (1):8-9, 2005. - I. Clark, D. Piedra, “Investigación, ética y sociedad”, Academia de Ciencias de Cuba, Anales 3. http://www.cuba.cu/ciencia/acc/anales3.htm.

Conocimiento y verdad

La *bioética*, según afirma la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005), se ocupa de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. Busca reflexionar sobre problemas éticos y establecer juicios que puedan orientar la acción en sentido normativo-prescriptivo. Pero la reflexión y el juicio ético no pueden realizarse sin el adecuado conocimiento de la realidad y teniendo en cuenta las verdades que la medicina y las ciencias de la vida puedan haber alcanzado. El problema del conocimiento y la verdad, sin embargo, tiene sus diferencias si hablamos de ciencia y tecnología (v.) en general o si hablamos de medicina (v.) o de salud y enfermedad (v.) en particular.

Conocimiento científico y conocimiento médico. La concepción tradicional sobre la medicina como conocimiento a partir de la modernidad se desarrolló bajo el objetivo de lograr que la medicina fuera una ciencia. La anatomía de Vesalio y la fisiología de Harvey fueron su punto de partida. Esta concepción trasmitía en los profesionales y en la educación médica la idea de que el saber médico manejaba la *certeza* de *verdades* cuasimatemáticas. Desde esta perspectiva, los juicios de valor y la posibilidad de la ética quedaban excluidos. Pero ya Aristóteles, en el libro VI de la *Ética nicomaquea*, afirma que hay cinco formas de actividad –el arte (*téchne*), la ciencia (*episteme*), la prudencia (*phronesis*), el intelecto (*nous*) y la sabiduría (*sophia*)–, y establece las diferencias entre ellas poniendo varias veces como ejemplo a la medicina: i) La *ciencia* tiene por objeto todo lo que existe por necesidad, es eterno, permite la demostración y da lugar al concepto de lo universal y necesario. ii) El *arte*, es una disposición capaz de producción por imitación o creación y acompañada de razón verdadera donde el fin de la producción –p. ej. la salud– se diferencia de la actividad productora –p. ej. el tratamiento de las enfermedades–. iii) La *prudencia*, en cambio, es la capacidad de decidir lo que es bueno y útil para la gente en general, como la felicidad, y no parcialmente, como la salud o el vigor físico en las que interviene el arte. Por lo cual la prudencia es una disposición o hábito, acompañada de razón justa, dirigida hacia la acción y con referencia a lo que es bueno o malo para el hombre; diferente de la ciencia porque el orden de la acción es susceptible de cambio, y diferente también del arte porque el fin mismo de la acción en la prudencia es el hecho de obrar bien donde fin y actividad coinciden. Así, la prudencia es el concepto de lo que cambia y es particular y debe determinar cuál es el justo medio de las virtudes morales. iv) La *inteligencia* o entendimiento es la parte del alma que piensa y conoce de manera intuitiva (*noesis*) o discursiva (*dianoia*), y tiene la capacidad de comprender los primeros principios de la demostración de la ciencia y los fines últimos del arte y la acción prudente. v) La *sabiduría*, finalmente, es la máxima perfección de los conocimientos, que es a la vez ciencia e inteligencia, pero de lo que es más precioso o elevado por naturaleza: es distinta del arte y la prudencia, que se ocupan del orden de lo posible y no de lo inmutable, y es distinta de la ciencia, que se ocupa de lo que puede ser demostrado y no de lo que se alcanza también por la razón intuitiva. Pero si algo caracteriza la ética aristotélica, esto es su distinción entre *prudencia* y *sabiduría*, ya que la primera se ocupa de guiar la acción humana y se corresponde, por tanto, con la *vida práctica*, mientras la última, que se ocupa de lo *necesario* y, por tanto, de lo que no puede ser modificado por el hombre, corresponde a la contemplación o *vida teórica*, que es el ideal de vida del sabio. Con estas distinciones clásicas, que por ello al menos no pueden ser ignoradas al momento de considerar a la medicina y las ciencias de la vida como conocimientos sobre cuyas cuestiones éticas haya de ocuparse la bioética, cabe reflexionar entonces acerca de la verdad.

Epistemología médica. El conocimiento y la acción en salud han estado ligados siempre a cuestiones referidas a la verdad de los juicios, pero esas cuestiones nunca se habían visto convertidas –hasta muy recientemente– en problemas auténticamente epistemológicos, propios del quehacer de los profesionales de la salud, y necesarios para poder actuar de una manera justificada. Los problemas referidos al origen, la forma y la justificación del conocimiento solo en época moderna tienen una importancia bien diferenciada de los problemas ontológicos en la propia filosofía, de modo tal que mucho menos podían haberse convertido en problema en el campo de la salud. Progresivamente, sin embargo, las cuestiones del método del conocimiento en salud fueron siendo cada vez más importantes, hasta culminar en la *Introducción al estudio de la medicina experimental* (1865) de Claude Bernard. Puede decirse que desde entonces las preocupaciones epistemológicas en salud fueron trazando un conjunto de problemas más

definido. Pero ha sido en las últimas décadas que los filósofos de la ciencia y los profesionales de la salud han ido encontrando conjuntos de problemas de interés común (v. *Ciencia y tecnología*). La justificación del diagnóstico sobre el estado de salud de un paciente o de una población pueden ser entendidos hoy como problemas auténticamente filosóficos. Ha de empezarse sin duda por la misma definición de salud para la cual la Organización Mundial de la Salud diera una respuesta que, como se sabe, supuso no solo un notable esfuerzo para el progreso en esa búsqueda, sino también una fuente de múltiples críticas a la misma. La definición de muerte que hemos debido reformular a partir de la aplicación sistemática de los trasplantes de órganos como recurso terapéutico, puede ser otro ejemplo de ello. Pero también la pretensión de justificar conceptos como el de *necesidad en salud* (v.), *calidad de vida* (v. *Bienestar. Dolor y sufrimiento*), *medios ordinarios de tratamiento*, y tantos otros.

Explicación y predicción en salud. En ese marco, sea por inferencia tradicional o interpretativa, recurriendo o no a la informática, los profesionales de la salud para tratar de alcanzar la verdad de su conocimiento dan una *explicación* del sentido que tienen los datos registrados en cuanto al estado de salud. Ellos interpretan tanto los datos de la realidad de un paciente individual como los datos de la realidad sobre las condiciones de salud de un país o del mundo. Pero la característica diferencial de ese momento de búsqueda de la verdad es que el clínico o el político relacionan los datos unos con otros, establecen taxonomías y ven hasta qué punto los datos registrados están de acuerdo con alguno de los sentidos que se conocen para esa combinación. Tos, expectoración hemoptoica, febrícula y pérdida de peso pueden sugerirle a un clínico la tuberculosis pulmonar. La combinación del porcentaje de población alfabetizada, esperanza de vida al nacer, porcentaje de niños inmunizados, profesionales de la salud por habitantes y gasto en salud de un país determinado, pueden sugerirle al político que se encuentra ante un grado de desigualdad muy alta en una determinada población. Pero en cualquier caso ambos querrán explicar la realidad que antes describieron. Para Schuster (1982), a diferencia del describir que "... implica señalar aspectos reconocibles o signos característicos de las cosas", "... explicar es subsumir, incorporar un hecho bajo un enunciado general". De todos modos, aunque se habla de diferentes tipos de explicación (causales, hipotético-deductivas, estadístico-inductivas, funcionales y genéticas, entre otras), de lo que se trata aquí es de buscar las leyes que incluyen a los hechos cuya definición hemos trazado en la exploración de hechos y valores. Pero no basta la explicación, sino que en la búsqueda del conocimiento y la verdad elaboramos asimismo una *predicción* del estado de salud de individuos o grupos. Se trata de anticipar el curso que ha de seguir el estado de salud de un individuo o de una población sin ningún tipo de intervención, lo que se conoce como el *curso natural* de la enfermedad o de las condiciones de salud, así como las diversas alternativas de desarrollo posibles en el tiempo si media uno u otro tipo de acción sobre dicho estado. Predicciones hace tanto el clínico que formula un *pronóstico* como el político que ha de distribuir los recursos e imagina los *escenarios* posibles para hacerlo. Estas predicciones son tanto de cursos probables objetivos como subjetivos. Y es tan compleja la predicción que puede surgir a partir de las leyes encontradas por la interpretación de los datos que otorga la genética para un individuo, como pueda serlo la predicción que puede hacerse luego de una explicación de las condiciones de salud de un país determinado al considerar su índice de necesidad en salud. A diferencia de la explicación, al predecir contamos ya con las leyes que hemos encontrado con aquella y deducimos a partir de ellas los hechos a producirse. El aspecto característico de la aplicación de las leyes generales en salud, a diferencia de la biología básica, es que esas aplicaciones están orientadas a la realización de uno u otro tipo de acción por los sujetos que intervienen y no simplemente a afirmar qué es lo que sucederá en el futuro de una manera neutra. Para este último caso necesitamos saber que en la actualidad existen todas las condiciones necesarias para que se produzcan determinadas consecuencias futuras (v. *Explicación y determinismo en ciencias de la vida*). En cambio, al considerar en el campo de la salud si determinada situación puede modificarse, hay que introducir como una variable esencial de las consecuencias futuras a las decisiones de los actores en esa situación (v. *Toma de decisiones médicas*). Un trabajo continuo en bioética es tratar de hacer ver a los profesionales el aspecto *probabilístico* del conocimiento en biología y la *incertidumbre* en la que se mueve la toma de decisiones en el campo de la salud. Por eso, introducir el concepto de *probabilidad e incertidumbre* (v.) para incorporarlo a la reflexión en el momento de tomar decisiones de vida o muerte, de salud o enfermedad, etc., es fundamental para una visión más coherente de la práctica en salud.

La construcción de la verdad. El grado más activo de la tendencia a la persistencia de los sistemas de ideas –sostenía Fleck (v. *Ciencia y tecnología*)– lo constituye la ficción creativa, esto es, la realización mágica de las ideas, el interpretar que se han cumplido los propios sueños científicos (v. *Construcción mítica de la realidad*). Un ejemplo para él, era el de la pretensión de Moraldi de encontrar un perfecta regularidad en los ángulos de

las celdillas construidas por las abejas, dirigida a lograr un receptáculo que diera el mayor contenido con la menor superficie, intento que terminara desacreditado por Mach. Un segundo ejemplo era la respuesta dada por Bartum sobre una ilustración de Vesalio a la pregunta: ¿por qué vías entra la semilla femenina de la fertilidad durante su eyaculación, si el útero está tan herméticamente cerrado que ni siquiera una aguja puede entrar en él? Dicha respuesta –ficticia– era: "mediante una rama que parte del conducto eyaculatorio y se inserta en el cérvix uterino, *como muestra la figura*". Esa tendencia a la persistencia de las ideas hacía que el colectivo de pensamiento fuera el portador del estilo de pensamiento. De acuerdo con un determinado estilo, predominaba una única solución a un problema concreto determinado y a esa solución se la denominaba *verdad.* No se trataba de una verdad *relativa* ni *subjetiva* en el sentido de que el mismo pensamiento fuera verdadero para A y falso para B, ya que si A y B pertenecían al mismo colectivo de pensamiento entonces tal solución será verdadera o falsa para ambos y si pertenecían a distintos colectivos entonces estarían determinados por distintos estilos de pensamiento y ya no estaría hablándose del mismo pensamiento. La verdad resultaba ser entonces –para Fleck– una coerción marcada por el estilo de pensamiento. A su vez, cuando a la libre arbitrariedad del pensamiento se le oponía una *señal de resistencia*, a esto se le llamaba *hecho*, que tenía con el colectivo una triple relación: 1. todo hecho responde a los intereses intelectuales de un colectivo de pensamiento –jurídico, estético, científico–; 2. la resistencia debe tener eficacia dentro del colectivo y ejercer coerción y resultar experienciable en cada componente del mismo; 3. el hecho se expresa en el estilo de pensamiento del colectivo.

El concepto de inconmensurabilidad. Kuhn veía en aquello un esquema simple y convincente del descubrimiento científico, donde la novedad surge dificultosamente contra la resistencia que ofrece el fondo de lo esperado y la percepción de la anomalía abre paso al ajuste de los conceptos hasta que lo anómalo se haya convertido en lo previsto completando así el descubrimiento y la noción de verdad en torno al mismo. La superioridad de una teoría sobre otra no puede demostrarse en el debate y se apela entonces a la persuasión, ya que no hay un algoritmo neutral para la elección. Es la comunidad de especialistas –y no sus miembros individuales– la que decide que un conjunto de argumentos tiene más peso que otro. Para lograr que aquellos que perciben una misma situación de modo diferente puedan ponerse de acuerdo hace falta que se reconozcan como miembros de comunidades lingüísticas diferentes necesitados de la traducción de una teoría o lenguaje a otro. Esa traducción no será apropiación –algo que solo puede hacerse convirtiéndose en miembro de la otra comunidad–. Este concepto kuhniano de *inconmensurabilidad* ha sido visto bajo la noción de inconmensurabilidad *local* o *parcial* en orden a ofrecer un marco de comprensión de las implicancias que la filosofía contemporánea de la ciencia tiene para la medicina (Veatch y Stempsey, 1995). Así se han distinguido cuatro pasos en el proceso de traducción de la ciencia médica a las decisiones clínicas sobre los cuales la incomensurabilidad puede estar jugando un papel: la construcción de la ciencia, la apropiación de los hallazgos científicos por el médico clínico, la transferencia de estos hallazgos desde el clínico hacia el paciente, y la elección de un régimen de tratamiento. La visión del mundo de aquellos que construyen las teorías científicas puede cargar de valores al proceso, así como la interpretación que los médicos hacen de los hallazgos científicos. Puede haber asimismo un aspecto inconmensurable en la comunicación de la información médica a los pacientes, y en los valores de médicos y pacientes que están en juego en cada decisión de tratamiento. Esto indicaría que ningún paso de la práctica médica, y ni siquiera de la investigación médica, estaría exento de valores. Pero esto no implicaría relativismo, ya que algunos informes científicos pueden ser considerados mejores que otros aunque el dar cuenta de *cómo* son mejores requiera análisis más profundos (v. *Indecidibilidad*). No obstante, si bien un científico se ocupa de observar los fenómenos típicos de la realidad, los médicos han de ocuparse de estudiar los fenómenos atípicos de la realidad del cuerpo humano del que se ocupan. ¿Qué relaciones puede obtener el médico en orden a alcanzar una comprensión racional de su objeto? Las relaciones de causalidad de los fenómenos mórbidos no establecen resultados siempre proporcionales e idénticos, toda vez que en biología es posible encontrarse con una reacción antagónica al efecto esperado de una causa determinada (v. *Explicación y determinismo en ciencias de la vida*). ¿Cómo intentar entonces aplicar una ley general a fenómenos irregulares? El problema del conocimiento y la verdad en la medicina y las ciencias de la vida de las que se ocupa la bioética se muestra así en toda su complejidad (v. *Bioética y complejidad*) y así debe tratarse para no proponer o practicar una bioética confusa u oscura.

[J. C. T.]

Construcción mítica de la realidad

Leandro Pinkler (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

El mito como forma simbólica. Más allá de la oposición entre *mythos* y *logos*, que supone una cosmovisión primitiva superada por la razón, el siglo XX se ha caracterizado por *tomar el mito en serio*, en dirección contraria a la utilización vulgar de la palabra mito, que hace de él un *cuento falso*. En efecto, tanto la antropología como el psicoanálisis y la filosofía han visto en el mito una construcción simbólica que testimonia aspectos de la realidad no asequibles a la razón. Así como una autopsia determina una descripción veraz de la muerte en la que no están presentes las dimensiones más profundas que este hecho involucra, la visión del mundo propia de la Ilustración y del Positivismo –siglos XVIII y XIX– tan efectiva en muchos aspectos, ha sido complementada por esta recuperación del mito en los estudios contemporáneos. Los testimonios de la mitología encierran un conocimiento acerca de las situaciones esenciales y arquetípicas de la condición humana: el origen del mundo y del hombre y sus instituciones, la sexualidad, la muerte y las abismales dimensiones de la *psique*. De tal manera, a diferencia de la despojada descripción *objetiva* del discurso *lógico*, el *mito* incluye la disposición del sujeto y sus afecciones y profundiza en la visión de lo real.

El significado de la palabra mito. El término *mythos* en el uso originario de la lengua griega equivale simplemente a *palabra* y *discurso*, pero en su posterior oposición con *logos* –cuyo primer significado es exactamente el mismo de *discurso*– queda con la connotación de *relato tradicional evocador de un suceso pasado*; en cambio el *logos* se define por su carácter argumentativo –Platón, *Protágoras* 320 c, 324 d–. El aspecto denominado *tradicional* alude al hecho de que el *mito* no es una creación individual, sino de índole colectiva, y como tal ha sido el vehículo por el cual se han transmitido los valores y las creencias de todos los pueblos, como ya lo notaba Schelling en su *Filosofía de la mitología* (1841) cuando afirmaba la profundidad, duración y universalidad del mito. Pues al hablar del *mito* en estos términos –es decir, como un relato que mediante construcciones simbólicas transmite los valores y las creencias de un pueblo– se incluye en esta categoría todas las tradiciones.

La interpretación del mito. La interpretación del mito ha sido emprendida desde diversas perspectivas. La introducción de la noción de *inconsciente* por la elaboración de Freud, en especial desde su obra *La interpretación de los sueños* (1900), produjo una nueva dinámica hermeneútica en la que –de acuerdo con las palabras de su discípulo Abraham– "*el sueño es el mito del individuo, el mito es el sueño de un pueblo*". Por su parte, el etnólogo Malinowski, en *Myth in Primitive Psychology* (1926), ha sostenido que "*el mito en su forma original no es simplemente la narración de un cuento, sino una realidad viviente que se cree acaecida en los tiempos primordiales"*. Pero si para Malinowski el mito es la referencia que instaura una realidad histórico-social de un pueblo particular, los estudios posteriores se han encaminado en dirección a su carácter simbólico de naturaleza universal. Tal es la visión de Kerényi y Jung en *Introducción a la esencia de la mitología* (1941), que afirman que el mito es, como la música, una actividad autónoma y esencial del ser humano en tanto "simboliza una realidad que no podría ser expresada de otra manera". También la obra de C. Lévi-Strauss, dentro de la metodología del estructuralismo, ha subrayado el carácter autónomo del mito y la existencia de *"estructuras psíquicas universales e idénticas"* en él manifiestas. Y asimismo la elaboración de M. Eliade ha mostrado con riquísimos materiales cómo cada cultura construye su *mundo* –como horizonte último de significado– a partir de sus propios mitos. De modo que este *relato tradicional* que es el mito constituye en sí mismo *una forma simbólica* que necesita una clave hermenéutica para llegar a su núcleo de significado, y en este sentido cada época y cada cultura poseen sus mitos en la medida en que el mito transmite un conjunto de creencias y valores que constituyen la *Weltanschauung –la visión del mundo*– propia de una colectividad.

Referencias

Francisco García Bazán, *Aspectos inusuales de lo sagrado*, Madrid, Trotta, 2000. - Mircea Eliade. *Aspects du mythe,* Paris, 1963; Trad. cast. *Mito y realidad*, Barcelona, Labor, 1968. - Karl Gustav Jung, Kart Kerényi, *Einführung in das Wesen der Mythologie,* Amsterdam, 1941; Trad. cast *Introducción a la esencia de la mitología,* Madrid, Siruela, 2004. - J. P. Vernant, "Razones del mito", en *Mito y sociedad en Grecia antigua.* - E. Cassirer, *Filosofía de las formas simbólicas,* v. II. - Malinowski, B., *Myth in Primitive Psychology* (1926). C. Levi Strauss, *Antropología estructural,* 1958. - G. Gadamer, *Mito y razón*, 1987. Platón. *Protágoras* 320 c, 324 d.

Perspectiva y verdad

Claudio Cohen (Brasil) - *Universidad de São Paulo*

Perspectiva. El ser humano es el único animal que puede tanto destruir como cuidar de su semejante y del planeta, por cuanto esta decisión puede ser tomada sin estar vinculada a ninguna ley natural. Desde esta perspectiva, el ser humano se ocupa

tanto de su dolor y de su sufrimiento como de los de su prójimo, a través de reconfortar o de tratar el desconsuelo. Una forma de enfrentar estas situaciones es tratando de conocer el futuro; otra forma de soportar estos conflictos, en el área de la salud, es tomando decisiones de atención, describiendo las señales (diagnóstico), su curso (perspectiva) y su ocurrencia (frecuencia). Hablar en perspectiva significa hablar del futuro, del cual no tenemos ninguna memoria y menos todavía el conocimiento. En este sentido el psicoanálisis nos presta algunas contribuciones, por ejemplo, el concepto de *idea catastrófica*, propuesta por Freud, utilizadas por la religión, por muchos ambientalistas, por algunos políticos, algunos físicos, químicos o biólogos, etc. Esta idea catastrófica prevé que en el futuro el mundo será destruido por los propios seres humanos. Como ejemplo de perspectivas puede pensarse en la previsión que Thomas Malthus hizo respecto a la falta de comida para la humanidad: fue una perspectiva aceptada, aunque no pudo prever el futuro que permitiría el desarrollo de la ciencia. Otro ejemplo histórico de perspectiva lo tenemos en Galileo, que anticipó supuestos científicos que fueron rechazados por la Iglesia aunque eran acertados. La perspectiva puede ser entendida entonces como una comprensión del pasado, una profecía sin previsión, o apenas una proyección de deseos humanos. Por tanto, cuando hablamos de perspectivas, hablamos de lo que Bion llamó *memorias del futuro*. Esta elección de una memoria se dará frente al tipo de perspectiva que iremos a pronosticar. Frente al futuro: ¿cómo conoceremos la verdad? Para pensar esto es de fundamental importancia saber cuál será el vértice de observación que vamos a privilegiar entre varios posibles: a) La elección del tiempo: por ejemplo, hasta 1700 la expectativa de vida era de 30 años; actualmente esta expectativa de vida es de 75 años; b) La elección de las teorías: por ejemplo, teorías religiosas, científicas o eclécticas; c) La elección de los hechos observados: por ejemplo, en medicina predictiva qué tan confiables son los tests genéticos prospectivos, cuáles son los beneficios y los perjuicios de esos tests; d) La elección de quién decide cuáles son los representantes que irá a investigar la perspectiva: por ejemplo, cuáles son los laboratorios que ofrecen tests predictivos confiables que puedan evitar errores en su prospección. La perspectiva se dará entonces según un presupuesto científico que habremos de elegir o según la autoridad de quien predice. Otra forma de aceptar la perspectiva puede darse aceptando el uso de una intuición, o si se toma como una posibilidad estadística, o de un juego, en un determinado tiempo y espacio, o aun considerando la percepción que algún artista tenga del futuro.

Verdad. "*La verdad existe. Solo se inventa la mentira*" (Braque); *"La mentira es la religión de los esclavos y de los patrones"* (Gorki); *"La violencia no existe y no puede existir por sí sola; ella está inevitablemente entrelazada con la mentira*" (Solzhenitsyn). La verdad del conocimiento científico siempre resulta falsable y la verdad revelada solo dicen tenerla las religiones. Por tanto, solo podemos alcanzar perspectivas parciales o medias verdades. El conocimiento científico de la verdad respecto a la anatomía humana, iniciado en el Renacimiento con Leonardo, no nos permitió localizar en qué parte del cuerpo se localiza el alma. Y no será el mapeo del genoma humano el que nos mostrará en qué gen se encuentra localizado el lado humano del individuo. Las neurociencias también pretendieron alcanzar una verdad indiscutible al surgir como un intento de integrar esa aparente división científica del ser humano en mente, cerebro y alma. Así aproximaron las ciencias naturales al humanismo en la tentativa de comprender la complejidad de los procesos de humanización, en especial el de la conciencia humana. Sobre este contexto, en bioética lo importante no es saber la verdad sobre el futuro, aunque sí deberíamos saber cómo caminar hacia el futuro de una forma ética, reconociendo los límites del ser humano, su responsabilidad social y sus conflictos. Deberíamos aceptar que el deseo de conocer la verdad es algo inherente al ser humano y que ese deseo en sí no tiene carácter ético; que podemos aprehender apenas el presente, del pasado tenemos algunas memorias y del futuro nada conocemos; que la libertad no es hacer solo lo que se quiere hacer, sino hacer lo que se puede, sabiendo que sus fines serán éticos o no éticos. Deberíamos reconocer y respetar las diferencias aceptando y elaborando nuestros conflictos de manera intersubjetiva con noción de función social y de relaciones humanas, y aceptando la responsabilidad que nuestros actos nos traen.

Referencias

Wilfred R. Bion, *Cogitaciones*, Valencia, Ed. Pomolibro, 1996. - Wilfred R. Bion, *Uma memoria do futuro: o sonho*. São Paulo, Ed. Maritns Fontes, 1989. - Claudio Cohen, *Bioética & Sexualidade nas realções profissionais*. São Paulo, Associação Paulista de Medicina, 1999. - Sigmund Freud, *La negación* [1925], *Inhibición, Síntoma y Angustia* [1926], *El porvenir de una ilusión* [1927], Buenos Aires, Amorrortu, Vols. XIX, XX y XXI.

Probabilidad e incertidumbre

León Olivé (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

Principales concepciones filosóficas sobre la probabilidad. El concepto de *probabilidad* se ha asociado

desde la Antigüedad a la falta de certidumbre, considerando la probabilidad como la medida de la cercanía o la lejanía de la certidumbre. Desde el punto de vista matemático se ha desarrollado desde el siglo XVII un riguroso cálculo de probabilidades, al que han contribuido notables pensadores y matemáticos como Pascal, Fermat, Huygens, Bernoulli, Laplace y Kolmogorov. Este cálculo permite hacer inferencias acerca de probabilidades a partir de otras probabilidades previamente conocidas o supuestas. Esto resulta en una guía importante para tomar decisiones, por ejemplo, en relación con los juegos de azar y las apuestas –problemas en relación con los cuales se comenzó a trabajar en el cálculo–, pero pronto se encontraron sus aplicaciones en otros terrenos, como en los seguros y las finanzas, y de hecho se ha convertido en una herramienta muy útil en todas las ciencias, y desde luego en la medicina y en las ciencias de la vida. Sin embargo, la interpretación filosófica del concepto de probabilidad ha sido históricamente tema de intenso debate, el cual continúa hasta la fecha. Como suele ocurrir con conceptos filosóficamente importantes, cada una de esas diferentes interpretaciones apunta hacia un sentido pertinente del concepto, y resulta difícil afirmar que existe solo un sentido que sea el único correcto, de modo que existen varios sentidos o, mejor dicho, existen varios conceptos de probabilidad. 1. *El enfoque modal*. En su sentido más general y cotidiano, el concepto de probabilidad se utiliza como un término modal: "¿Lloverá mañana?". "No lo sé, pero es probable". La probabilidad, bajo este enfoque, no se atribuye objetivamente al suceso del que se habla, sino que señala la ausencia de certeza por parte de quien lo aplica. El concepto se refiere al conocimiento del sujeto que hace la afirmación. Desde este punto de vista la probabilidad no se entiende como un concepto métrico, es decir, como un concepto que permite asignar un valor numérico dentro de cierta escala al objeto del dominio al cual se aplica, sino como un mero dispositivo lingüístico. Esta es una concepción *subjetivista* de la probabilidad que apunta hacia el uso asistemático, impreciso y no cuantificable del término, por lo que carece de interés científico. 2. *Medida de la confianza*. En la misma línea de concepciones subjetivistas de la probabilidad, pero entendiéndolo como un concepto métrico, la probabilidad se ha concebido como una medida de la confianza de un sujeto en que un cierto suceso realmente ocurrirá. Este enfoque fue defendido especialmente por Bruno de Finetti y Frank Ramsey en la década de 1930. La idea básica es que la probabilidad p que atribuye una persona a un suceso E es la razón (en el sentido matemático de cociente) de acuerdo con la cual está dispuesta a apostar la suma pS a favor de la ocurrencia de E, donde S es una cantidad arbitraria. El valor numérico de la probabilidad mide, en este caso, exclusivamente la confianza de la persona acerca de la ocurrencia del suceso E, y no pretende medir ninguna relación objetiva entre sucesos del mundo. Sin embargo, De Finetti desarrolló un cálculo para la toma de decisiones racionales relativas a la ocurrencia de sucesos que sabemos que no necesariamente tienen que ocurrir, como en el caso de las apuestas. Para ello introduce una fuerte restricción sobre las relaciones de las probabilidades que una persona debe asignar a la ocurrencia de un suceso y a su no ocurrencia, que llamó *principio de coherencia*. El principio estipula que las probabilidades que asigne una persona a un suceso no pueden ser tales que si se compromete a apostar según ellas el contrincante pueda estar seguro de ganarle, o sea que la persona pierda dinero cualquiera que sea el resultado (que ocurra el suceso E o que no ocurra). De este modo, aunque aparentemente De Finetti estaba explicando un concepto de probabilidad bajo una perspectiva personalista y subjetiva, en realidad desarrolla el cálculo matemático bajo restricciones racionales. Es decir, si alguien quiere apostar de manera racional, debe ajustarse a las restricciones del cálculo y apostar de acuerdo con los teoremas que se establecen en él. 3. *La interpretación logicista* asume que los enunciados probabilísticos no expresan nada acerca del mundo, sino que la probabilidad representa una relación lógica entre enunciados, a saber, entre un enunciado que describe el suceso en cuestión, y enunciados que describen cierta evidencia. Este enfoque fue defendido, entre otros, por J. M. Keynes y R. Carnap, y se centra en el análisis del grado de certidumbre que es posible tener a partir de las hipótesis establecidas. 4. *La probabilidad como propensión*. A diferencia de las concepciones anteriores, que consideran a la probabilidad como meramente subjetiva, o como una cuestión de ajuste a determinadas normas y relaciones lógicas, es decir, como un asunto de racionalidad, otro enfoque, defendido vigorosamente por Karl Popper, considera que las probabilidades son físicamente reales. La probabilidad es la medida de la propensión, es decir, de la tendencia o de la disposición de los sistemas reales para tomar ciertos estados. 5. *Otras concepciones*, más que elucidar el concepto de probabilidad, descansan en las formas en las que es posible hacer asignaciones numéricas a las probabilidades. Entre ellas se encuentra la *teoría de la frecuencia*, defendida por Cournot en el siglo XIX y desarrollada por H. Reichenbach y R. von Mises en el XX. La idea básica es que la probabilidad de un suceso es la frecuencia relativa con la que efectivamente ocurre ese suceso en relación con la totalidad de los casos en los que podría ocurrir. Von Mises refinó esta idea e identificó la probabilidad como el límite (en sentido matemático) al

cual tiende la sucesión formada por los cocientes que indican la frecuencia relativa de ocurrencias del suceso en relación con el número de casos en los que sería posible que ocurriera. Así, por ejemplo, decimos que la probabilidad de obtener una cara al arrojar una moneda al aire es ½, porque a la larga el número de veces que obtenemos una cara se acerca a la mitad del número de intentos. Se dice entonces que ½ es el límite al cual tiende la sucesión y, por tanto, que esa es la probabilidad de obtener una cara. La *teoría del rango* sugiere una definición de la probabilidad para el caso en que se tienen varias alternativas que se consideran igualmente posibles porque la evidencia disponible no ofrece ninguna razón para considerar lo contrario. Si n es el número total de posibles alternativas, entonces la probabilidad de cada una de ellas es $1/n$. Por ejemplo, la probabilidad de que salga un seis al tirar un dado que no tenemos por qué suponer que está cargado, es $1/6$.

Sistemas científico-tecnológicos, incertidumbre, riesgo y responsabilidad. Independientemente de la concepción filosófica que se prefiera sobre el concepto mismo de probabilidad, en especial que se acepte que las probabilidades pueden existir realmente en el mundo, o que se deben siempre a limitaciones gnoseológicas de los seres humanos, las formas de asignar probabilidades como las que ejemplifican las teorías de la frecuencia y del rango pueden ser muy útiles, y el cálculo de probabilidades constituye un instrumental matemático útil en muchas ocasiones para enfrentar situaciones de incertidumbre. Sin embargo, la incertidumbre no siempre está asociada a probabilidades, y por tanto el cálculo de probabilidades es una herramienta de la que no puede hacerse uso en muchas situaciones porque no siempre pueden conocerse las probabilidades de la ocurrencia de cierto suceso. Esto es frecuente con respecto a sucesos que pueden ser el resultado de la operación de los sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos que típicamente plantean problemas a la bioética, como es el caso de la administración de fármacos, intervenciones quirúrgicas, manipulaciones genéticas, liberación al ambiente de organismos genéticamente modificados, etc., donde las situaciones son de gran complejidad debido a las interacciones entre una multiplicidad de sistemas y a la amplia cantidad de factores que intervienen en la realización de un suceso. Ante la imposibilidad de conocer las probabilidades se requiere entonces tomar medidas distintas para contender con tales situaciones desde un punto de vista éticamente aceptable. En efecto, una de las características de los sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos es que en virtud de su propia naturaleza producen en su entorno –social y ambiental–, efectos a corto, mediano y largo plazos, muchos de los cuales son significativos para los seres humanos, y con frecuencia son imposibles de predecir en el momento de la puesta en funcionamiento del sistema (por ejemplo, al liberar al ambiente un organismo genéticamente modificado). Esto quiere decir que los sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos generan situaciones de riesgo, de incertidumbre y muchas veces de ignorancia. Una situación de riesgo es aquella en la que se pone en juego algo valioso para los seres humanos a partir de ciertas consecuencias posibles de la acción o de la operación de cierto sistema, y se conocen las probabilidades de que ocurra cada uno de los resultados. Una situación de riesgo es además de incertidumbre, si se desconocen las probabilidades con que pueden ocurrir esos sucesos. Una situación es de ignorancia si ni siquiera se conocen los sucesos posibles que pueden ocurrir como consecuencia de una acción o de la aplicación de un sistema. El riesgo solo existe si hay seres humanos que tengan razones para considerar como posible el suceso que, sin embargo, no pueden predecir con certeza, pero cuya ocurrencia afectaría algo valioso para una persona o para un grupo de seres humanos. La ocurrencia del suceso, además, o bien resulta de una decisión humana de actuar de cierta manera, o bien su ocurrencia tiene ciertas consecuencias debidas a que algunas personas omitieron ciertas acciones. Por consiguiente, los daños causados en una situación de riesgo son imputables a ciertos agentes, a quienes puede y debe exigirse responsabilidades, morales y jurídicas, entre otras. En las sociedades contemporáneas, además, los riesgos son omnipresentes y su distribución conduce muchas veces a conflictos que plantean cuestiones de justicia social.

Evaluación del riesgo. Como corolario se sigue que la identificación del riesgo, su estimación y valoración, así como su aceptabilidad y gestión, visto todo esto como un continuo y no como compartimentos estancos, necesariamente dependen de valores. Aunque no todos los valores involucrados son de tipo ético, existe un problema ético en las formas de enfrentar los problemas del riesgo que generan los sistemas tecnológicos y tecnocientíficos. Pues la información y el conocimiento pertinentes para la identificación, estimación y gestión del riesgo siempre dependen de un contexto, de la posición de quienes evalúan, de sus fines, intereses y valores, y esto es inevitablemente una cuestión de ética. Las percepciones del riesgo están íntimamente ligadas a la forma en que los seres humanos, desde diferentes posiciones y puntos de vista culturales, comprenden los posibles fenómenos que constituyen los riesgos. No hay una única manera correcta de comprender y estimar el riesgo. Esto es algo que muchas veces se oculta mediante la tradicional asociación del lenguaje del

riesgo solo con el mundo de la economía, del comercio, de las finanzas, de los profesionales de la medicina y de las compañías de seguros. Desde este punto de vista se sostiene engañosamente que la percepción del riesgo implica una relación particular con un futuro desconocido cuya posibilidad, de llegar a realizarse, podría calcularse mediante extrapolaciones de ocurrencias pasadas, es decir, aplicando la *teoría de la frecuencia*. De esa manera se pretende reducir la evaluación del riesgo a una cuestión de cálculo que debe quedar solo en manos de expertos. Esta interpretación del riesgo cumple una función ideológica al ocultar que la estructura misma de las situaciones de riesgo pueden incluir interacciones muy complejas entre sistemas de diferente tipo, de manera que la frecuencia relativa de ocurrencias pasadas resulta insuficiente para asignar probabilidades, ni pueden saberse de antemano todos los posibles resultados, por lo cual tampoco es aplicable la *teoría del rango*.

Toma de decisiones éticas y participación de los posibles afectados. En situaciones de incertidumbre y de ignorancia, como las que generan muchos sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos de las ciencias y las tecnologías de la vida, el manejo éticamente correcto sería ante todo reconocer que se trata precisamente de situaciones en las cuales se desconocen las probabilidades de las ocurrencias de las posibles consecuencias de ciertas acciones o de la operación de determinados sistemas, y más aún, que a veces ni siquiera es posible saber cuáles serían todas las consecuencias posibles. Cuando se trata de evaluar los riesgos de la aplicación de sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos, la liberación de un organismo genéticamente modificado al ambiente, por ejemplo, o cuando se va a intentar un tratamiento médico, y cuando se trata de tomar decisiones acerca de cómo proceder en tales situaciones, es preciso reconocer que hay en juego diversos intereses y valores, por lo que en la estimación del riesgo, y en la decisión de cómo vigilarlo y, sobre todo, controlarlo, deben participar todos los interesados. En situaciones como las de la liberación de OGM al ambiente es preciso que participen científicos naturales y sociales, tecnólogos, humanistas, comunicadores, empresarios y políticos, así como ciudadanos y todas las personas cuyas vidas pueden ser afectadas. Esto no significa desconocer que diferentes grupos tienen un acceso diferenciado a la información pertinente, al saber especializado y a ciertos recursos necesarios para conocer y evaluar las consecuencias de la tecnología. Pero sí quiere decir que cuando se trata de evaluar resultados y decidir acciones en torno a un sistema científico-tecnológico que afecta a la sociedad o al ambiente, la visión y las conclusiones de cada sector serán necesariamente incompletas, y ninguno tiene un privilegio que justifique su participación a costa de excluir otros sectores que pueden aportar puntos de vista valiosos y pertinentes.

Referencias

Bruno de Finetti, *Teoria delle Probabilità*, 1970. - John M. Keynes, *Treatise on Probability*, 1921. - Ludwig von Mises, *Human Action. A Treatise on Economics*, 1949.

Indecidibilidad

Silvia Rivera (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Antecedentes del concepto. El concepto de *indecidibilidad* surge en el campo de las ciencias formales, con más precisión, como corolario del teorema enunciado por Kurt Godel en la década de 1930. Este teorema muestra que en las teorías formales hay proposiciones de las que no pueden demostrarse su afirmación ni su negación. Es decir que en ningún caso es posible construir un sistema de cálculo completo y consistente al mismo tiempo, porque habrá siempre una proposición cuya verdad y falsedad quede indeterminada y esto con independencia de la sofisticación o complejización del formalismo utilizado.

Ludwig Wittgenstein y la indecidibilidad de las reglas. El filósofo austríaco Ludwig Wittgenstein (1889-1951) plantea en sus últimos escritos interesantes observaciones en relación con las paradojas que se presentan a la hora de seguir una regla. Entre todas las reglas posibles son las de la matemática las que concentran su atención de modo especial, por el carácter verdadero y necesario que les otorgamos y por el lugar de privilegio que ocupan en la articulación de nuestro mundo, tanto físico como social. La posición de Wittgenstein se basa en destacar el carácter práctico de las reglas que funcionan como orientadoras de conductas. La cuestión es que las reglas carecen de un contenido cognitivo que determine de antemano la secuencia correcta que implica seguirlas efectivamente. De este modo se radicaliza la contingencia. Las reglas son por definición incompletas y ambiguas y esto en ningún modo se debe a un conocimiento limitado del hombre. Aun cuando existiera un ser omnisciente no podría aprehender el contenido a priori de las reglas simplemente porque no lo poseen. Según un ejemplo inspirado en el análisis que Saul Kripke realiza del planteo wittgensteiniano, podemos comenzar una serie numérica 1, 2, 3, 4... y pedir a alguna otra persona que continúe, la respuesta espontánea será sin duda 5, 6, 7, 8... Sin embargo, es posible aducir que esto es erróneo, porque la serie original era 1, 2, 3, 4; 9, 10, 11, 12; 17, 18, 19, 20....

Aun así la serie puede ser siempre modificada, argumentando que la secuencia en cuestión era solo del 1 al 20, modificándose del 20 al 40, y así sucesivamente. Es decir que hay múltiples maneras de construir una serie y que son múltiples sus criterios de corrección. Las reglas se presentan entonces como *indecidibles* en términos de su propia estructura formal. Desde esta perspectiva, la regla no será ya la realización de una racionalidad estructural, sino un acto de construcción radical, pero no individual sino colectivo, es decir, social. Es el intercambio social el que fija los criterios de corrección de las reglas, y a partir de ellos inventa un contenido para esas reglas.

El concepto de indecidibilidad *en el campo de la teoría social*. Ernesto Laclau, filósofo argentino radicado en Essex, es quien –inspirándose en las reglas matemáticas de Wittgenstein– ubica el concepto de indecidibilidad en el centro de su análisis de las relaciones sociales, del sujeto y la libertad. Laclau presenta a la sociedad como una estructura fallada, que no logra completarse como objeto total y, por tanto, tampoco alcanza a determinar por completo al sujeto que se constituye en relación con ella. El sujeto, cuya identidad se establece a través de decisiones tomadas en el marco de la estructura dislocada, se presenta entonces como el estrecho margen existente entre la estructura indecidible y la decisión. Está claro que la decisión tomada a partir de una estructura indecidible es contingente, esto quiere decir que no está determinada de antemano y que, por tanto, puede considerarse *libre* siempre dentro del espectro de posibilidades dadas por la estructura en cuestión.

Consecuencias éticas que se siguen del análisis del concepto de indecidibilidad. Es propio de la bioética tomar decisiones capaces de orientar la conducta en campos profesionales específicos. Esas decisiones son tomadas por personas que han sido parcialmente determinadas por el conjunto de relaciones sociales en las que se insertaron a lo largo de su vida. Sin embargo, por tratarse de un plexo social entendido como dislocado o fallado, no alcanza para determinar de un modo absoluto las reacciones de hombres y mujeres, sino que deja un margen de libertad que se manifiesta en la actualización por parte del sujeto de algunas de las posibilidades previstas por la situación estructural. La fundamentación de la decisión tomada nunca puede ser absoluta, es decir, estructurada de acuerdo con el modelo de la demostración lógica. Y esto no solo por las notas distintivas del campo ético, sino por la propia racionalidad formal que incluye en su centro mismo al concepto de indecidibilidad. De todos modos, que una decisión sea en última instancia *arbitraria*, es decir, que no pueda ligarse a razones de un modo necesario, no quiere decir que no sea *razonable*, es decir que un conjunto de argumentos sin valor apodíctico no la hagan preferible a otras decisiones (Laclau, 1993).

Referencias

Saul Kripke, *Wittgenstein, reglas y lenguaje privado*, México, UNAM, 1989. - Ernesto Laclau, *Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1993. - Ludwig Wittgenstein, *Investigaciones filosóficas*, Barcelona, Crítica, 1988.

Pragmatismo

Daniel Kalpokas (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Pragmatismo, instrumentalismo y verdad. El *pragmatismo* nunca ha sido, ni es actualmente, un movimiento filosófico homogéneo. Desde un principio, las diferencias teóricas entre los clásicos del pragmatismo –Peirce, James, Dewey y Mead– marcaron distancias que, en cierto modo, persisten en la nueva generación –Quine, Rorty, Putnam, C. I. Lewis, Haack, Bernstein, etc.–. Así pues, a lo sumo, puede hablarse de un "parecido de familia" entre los distintos autores pragmatistas, pero no de una doctrina compacta y única. Los orígenes del pragmatismo se remontan a los días del llamado *Club Metafísico*, en Cambridge, a principios de 1870, donde un grupo de intelectuales de distinta procedencia profesional –entre los que se encontraban Charles Peirce, William James, Chauncey Wright y John Fiske– se reunían con el objeto de reflexionar sobre diversos problemas filosóficos suscitados por *El origen de las especies* de Darwin y el impacto que el método científico puede tener para la filosofía. El término *pragmatismo* fue introducido por primera vez por Charles Sanders Peirce (1839-1914) –el fundador de esta corriente filosófica– en su artículo "How to make our ideas clear", publicado en el *Popular Science Monthly*, en 1878. El término adoptado por Peirce para su nueva doctrina pretendía poner de manifiesto la conexión inseparable entre cognición racional y propósito racional. Peirce propuso un nuevo método para la clarificación de ideas basado en la llamada *máxima pragmática*, la cual definió de este modo: "*Consideremos qué efectos, que puedan tener concebiblemente repercusiones prácticas, concebimos que tiene el objeto de nuestra concepción. Nuestra concepción de estos efectos es pues el todo de nuestra concepción del objeto*" (Buchler, 1955). Según esta máxima, las consecuencias experimentales de un objeto nos dan el significado del concepto de dicho objeto. Decir, por ejemplo, que algo es quebradizo es decir que si se lo golpeara, se haría pedazos. Para comprender el significado de una idea no es menester realizar

efectivamente el experimento; basta con que seamos capaces de concebir las consecuencias experimentales probables y posibles involucradas. A pesar de su profundidad y originalidad, las ideas de Peirce quedaron prácticamente en la oscuridad hasta que William James (1842-1910) les dio popularidad en una conferencia titulada Conceptos Filosóficos y Resultados Prácticos, pronunciada en 1898. Con el término pragmatismo, James se refiere básicamente a dos cosas: al método pragmático tal como lo concibiera Peirce, y también a una nueva teoría acerca de la verdad. Por medio de la aplicación de la máxima pragmática a la noción de verdad, James llegó a su teoría pragmatista de la verdad. Esta sostiene que: "Cualquier idea que nos conduzca prósperamente de una parte de nuestra experiencia a otra enlazando las cosas satisfactoriamente, laborando con seguridad, simplificándolas, ahorrando trabajo, es verdadera; esto es, 'verdadera instrumentalmente' (...) la verdad en nuestras ideas significa su poder de actuación" (James, 1978). Una creencia es verdadera, pues, cuando nos orienta con éxito en la práctica. Para John Dewey (1859-1952), el pragmatismo no significaba otra cosa que la actitud de referir toda consideración reflexiva a sus consecuencias, para su significado y prueba definitiva. El instrumentalismo –que es la variante del pragmatismo desarrollada por Dewey– "*es un intento de establecer una teoría lógica precisa de los conceptos, los juicios y las inferencias en sus diversas formas, considerando principalmente cómo funciona el pensamiento en las determinaciones experimentales de consecuencias futuras. Es decir, intenta establecer distinciones universalmente reconocidas y reglas de lógica derivándolas de la función reconstructiva o mediadora atribuida a la razón*" (McDermott, 1981). Según Dewey, el tradicional ideal cognoscitivo de la contemplación pura debe su origen a la temprana búsqueda de la certeza. Este ideal cognoscitivo es el causante de las usuales dicotomías entre teoría y práctica, hechos y valores, acción y pensamiento. La importancia de la acción en la producción del conocimiento recién fue reconocida a partir de los siglos XVII y XVIII, con el surgimiento de las ciencias experimentales. Tras esta revolución lógica, epistemológica y filosófica, la filosofía debe abandonar su ideal de certeza y ser reconstruida a la luz de la nueva concepción experimental del conocimiento. Derribadas las dicotomías antedichas, la investigación es concebida ahora como la transformación controlada de una situación indeterminada en otra determinada. El valor del conocimiento reside, en última instancia, no en su carácter representativo, sino en su contribución a la adaptación al entorno natural y social.

Del giro lingüístico al resurgimiento del pragmatismo. La escena norteamericana cambió drásticamente en los años cuarenta debido a la inmigración, desde Alemania y Europa Central, de importantes figuras asociadas al positivismo lógico, como Feigl, Carnap, Reinchenbach, Bergmann y Hempel. A principios del siglo XX, los escritos de Frege, Wittgenstein, Russell y Moore habían introducido el giro lingüístico en filosofía, esto es, la idea de que los problemas filosóficos deben ser analizados a partir de cómo aparecen formulados en el lenguaje. Los positivistas lógicos se caracterizaron por otorgarle un fuerte talante antimetafísico a este giro. Al llegar a Estados Unidos, estos filósofos impusieron rápidamente el giro lingüístico en las universidades norteamericanas y desplazaron al pragmatismo sustituyéndolo por la filosofía analítica del lenguaje en su versión neopositivista. Sin embargo, los ataques de Kuhn y Feyerabend a la concepción neopositivista de la ciencia, y la crítica de Quine a los dos dogmas del empirismo contribuyeron al resurgimiento –ahora giro lingüístico mediante– del pragmatismo. En *Two dogmas of Empiricism* Quine cuestionó dos pilares sobre los cuales se asentaba el positivismo lógico: la distinción analítico-sintético y el reduccionismo. Con respecto al primer dogma, Quine sostuvo que no podía elucidarse la noción de analiticidad (verdadero en virtud del significado) apelando a la noción de sinonimia, ni a la idea de definición ni a la de sustitución salva veritate. Contra el segundo dogma –la creencia de que todo enunciado con sentido debía ser equivalente a una construcción basada en términos que refieren a la experiencia inmediata– Quine señaló el reconocido fracaso de tal intento y sustentó la tesis holista según la cual es la totalidad del conocimiento la que siempre se pone a prueba por medio de la experiencia –y no las hipótesis y enunciados individuales y aislados–. Como consecuencia de ello, Quine sostuvo que son las consideraciones pragmáticas las que nos mueven a moldear nuestra herencia científica a la luz de los estímulos sensoriales. Así pues, en la segunda mitad del siglo XX el pragmatismo, lingüísticamente transformado, retornó al centro de la filosofía estadounidense. A partir de *Philosophy and the Mirror of Nature*, Richard Rorty (1931) emprendió una crítica radical de la tradición epistemológica moderna, a la cual contrapuso el pragmatismo como filosofía antirrepresentacionista y antifundacionista. Dos puntos distancian a Rorty del pragmatismo clásico: el abandono de las consideraciones en torno del método científico y la sustitución de los análisis del conocimiento basados en la noción de *experiencia* por un tratamiento de estas cuestiones en términos de lenguaje. En su concepción de la verdad, su crítica

del modelo epistemológico del espectador y el carácter instrumental de las creencias, el pragmatismo de Rorty continúa las sendas de James y Dewey. En cambio, Hilary Putnam (1926) ha desarrollado una forma de pragmatismo más afín a la de Peirce. Para Putnam, cuatro tesis definen el núcleo del pragmatismo: 1. el antiescepticismo; 2. el falibilismo; 3. el abandono de la dicotomía hecho-valor, y 4. la idea de que la práctica es primaria en filosofía. Puede decirse que mientras el pragmatismo de Rorty posee una fuerte impronta romántica, el de Putnam posee un talante inequívocamente ilustrado. Otra continuación contemporánea del pragmatismo peirceano puede hallarse en los escritos de Susan Haack. En *Evidence and Inquiry. Towards Reconstruction in Epistemology* Haack intenta defender su proyecto de reconstrucción de la epistemología desarrollando una concepción nueva de la justificación –el fundherentismo– que pretende retener ciertos aspectos valiosos de las epistemologías fundacionista y coherentista. Gracias a estos y otros autores contemporáneos, actualmente el pragmatismo ha vuelto a ser una corriente filosófica sumamente influyente dentro y fuera de Estados Unidos, realizando aportes esenciales en teoría del conocimiento, filosofía del lenguaje, filosofía de la mente, filosofía de la ciencia y teoría social.

Referencias

J. Buchler, *Philosophical Writings of Peirce*, New York, Dover Publications, 1955. - W. James, *Pragmatism and the Meaning of Truth*, Cambridge, Harvard University Press, 1978. - J. McDermott (ed.), *The Philosophy of John Dewey*, Chicago, The University of Chicago Press, 1981.

Verdad y apariencia

Silvia Rivera (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Origen y términos de la distinción verdad-apariencia. La distinción entre verdad y apariencia se encuentra presente ya en el momento de constitución del saber filosófico. Explicitada en los textos platónicos en la Atenas del siglo V antes de Cristo, constituye uno de los principales ejes articuladores de la filosofía occidental hasta nuestros días. El concepto *verdad* se usa primariamente en dos sentidos, uno referido a la proposición y otro referido a la realidad. En el primer caso, lo contrario a *verdadero* es *falso*. En el segundo caso –que es el que aquí nos ocupa– lo opuesto a *verdadero* es *aparente*, definiéndose la apariencia como algo *ilusorio* y aún *inexistente* o *irreal*. Se fortalece, en consecuencia, la asimilación entre verdad y realidad. Platón, al considerar a la permanencia como nota definitoria de la realidad, ubica la verdad en un mundo de ideas inmutables, relegando lo histórico o cambiante al terreno de la apariencia. La apariencia, devaluada en su pretensión de realidad y de verdad, adquiere un sesgo negativo en tanto oculta el *ser verdadero*, si bien en algunos casos puede ser rescatada como primer escalón que nos conduce a la verdad, siempre que no quedemos cautivos de su evanescente manifestación.

Modalidad de la relación entre verdad y apariencia. Es importante destacar que, a la hora de definir los términos de la distinción verdad-apariencia, los niveles ontológico y gnoseológico se entrecruzan con frecuencia. Este entrecruzamiento se presenta con claridad en el *paradigma de la línea* (Platón, *República*). La realidad es objeto de *ciencia* o conocimiento verdadero y necesario (*episteme* en términos platónicos). Por su parte, la apariencia se conoce a través de un conocimiento imperfecto y cambiante, es decir, concordante con su naturaleza, y que es la opinión –*doxa*–. La *doxa,* si bien imperfecta desde el punto de vista de su fundamentación teórica, es un saber suficiente para la vida cotidiana. Ahora bien, junto al nivel ontológico y gnoseológico encontramos también el de la ética. Para Platón, la realidad, la verdad y el bien coinciden y, por tanto, es la ignorancia causa de vicios y conductas censurables desde la perspectiva moral. Asimismo, el conocimiento teórico que nos permite acceder a las ideas o *realidad* en sentido fuerte, garantiza a los hombres justicia en las decisiones y comportamientos.

Carácter metafísico de la distinción verdad y apariencia. La metafísica puede definirse en sentido amplio y en sentido estricto. El último es el que la caracteriza como la "filosofía primera" o saber que se ocupa de manera puramente contemplativa o teorética del ente en tanto ente y de lo que en cuanto tal le corresponde" (Aristóteles, *Metafísica*). En el sentido amplio, podemos hablar de *metafísica* como un esquema de pensamiento que se articula a través de categorías dualidades o dicotómicas, pero no simétricas, sino que una se constituye como fundamento de la otra. Entre estas dicotomías se destaca la de *realidad-apariencia*, realidad que ya sabemos se equipara a verdad. Sobre esta dualidad se asientan otras: *necesario-contingente*, *esencia-accidente*, *absoluto-relativo*. Llama la atención que aun pensadores y movimientos que se declaran expresamente *antimetafísicos* recrean en sus programas algunos de los tradicionales esquemas metafísicos. Tal es el caso de los *positivistas lógicos*, que piensan la ciencia a través de categorías como *contexto de descubrimiento-contexto de justificación*, *historia interna-historia externa* y *ciencia pura-ciencia aplicada*. Se mantiene firme, en consecuencia, la idea de un fundamento último del mundo y el conocimiento. Cabe preguntarse hasta qué punto

la *ética aplicada* no reactualiza alguna de las notas del tradicional esquema metafísico.

Críticas a la distinción verdad y apariencia. Nietzsche ha sido el más radical crítico a la metafísica, anticipando a pensadores contemporáneos en la deconstrucción de la dualidad realidad-apariencia. Según Nietzsche, la filosofía surge en Grecia con un sesgo metafísico en función de la especial patología que aquejaba a Sócrates y que pronto se extendió no solo a los griegos sino a Occidente en su conjunto. La patología en cuestión se caracteriza por un debilitamiento vital que hace que las notas distintivas de la vida resulten insoportables para quienes la padecen. Estas notas son la contigencia y el azar, el carácter accidental de los acontecimientos, su movimiento constante e irreductible a cualquier ley o principio que lo subordine a algún tipo de necesidad. En función de su patología, los filósofos inventan otra realidad escondida tras esta. Y a esa realidad inventada a la medida de su debilidad –realidad inmutable, idéntica a sí misma, sin avatares ni sorpresas– le adjudican la plenitud del ser y de la verdad, relegando la inmediatez de la vida efectiva al lugar de la apariencia. Recuperar la salud es restituir a la vida "el pensamiento y la virtud" extraviada por siglos (Nietzsche, *Así habló Zaratustra*). Queda claro, sin embargo, que no es cuestión de privilegiar la apariencia por sobre la verdad o realidad. De hacer esto solo lograríamos invertir el esquema metafísico, no abolirlo. En todo caso, afirmar que la realidad es la apariencia y que no hay otra verdad más allá que las perspectivas o escorzos que logramos aprehender a través de un conocimiento encarnado, implica desarticular la relación de subordinación y recuperar la unidad de un mundo desdoblado, que desdobló también al hombre extrañándolo de su cuerpo. En efecto, la tradición occidental escindió al hombre en la dualidad *cuerpo-alma*, *cuerpo-razón*, *cuerpo conciencia*. Y el acento aquí está puesto en esa supuesta parte inmaterial –alma, razón o conciencia– que nos diferencia de los animales y nos permite acceder a la verdad. El cuerpo histórico y los sentidos que en él arraigan han sido negados como vías de acceso a la realidad y a la verdad, por una tradición que se inicia con Platón pero que continúa en la modernidad, siendo Descartes un claro ejemplo. A partir de Nietzsche, el desafío de encarnar e historizar al sujeto de conocimiento queda planteado y nos interpela en nuestro presente frente a escuelas epistemológicas que aún reclaman para la ciencia o para la ética universalidad y necesidad.

Proyección de la distinción verdad y apariencia. La crítica a la distinción verdad-apariencia es retomada en el siglo XX por el pragmatismo. Tanto los representantes del *pragmatismo clásico* –William James, John Dewey y Charles Sanders Peirce–, como los llamados *neopragmatistas* –Quine, Putnam y Davidson, entre otros– son francamente antidualistas. Si bien entre ambos pragmatismos media el *giro lingüístico* –en el que el filósofo Ludwig Wittgenstein ocupa un lugar privilegiado– todos coinciden en su resistencia a valerse de las oposiciones metafísicas para aprehender el mundo, remplazándolas por la imagen de un flujo de relaciones en continuo cambio. De este modo se diluye también la distinción entre sujeto y objeto, por una parte, y entre razón y sentidos, por la otra, desarticulándose, en consecuencia, los términos de la teoría de la verdad como correspondencia. Es decir que los pragmatistas descreen de que haya un modo en que las cosas efectivamente son, y que este modo pueda ser aprehendido de modo absoluto y evidente. La realidad se fragmenta en relaciones y para los neopragmatistas, más específicamente, en las descripciones que construimos acerca de lo que es. Descripciones que no se clasifican por su grado de aproximación a la verdad, sino por su nivel de utilidad. Porque nuestras prácticas linguísticas están tan unidas a otras prácticas sociales que las descripciones tanto de la naturaleza como de nosotros mismos son funciones de necesidades sociales compartidas. Según afirma Wittgenstein, la definición ostensiva solo funciona cuando se presupone una práctica lingüística y, además, la identidad de las cosas es siempre relativa a una descripción.

Proyección ética de la crítica a las dualidades metafísicas. Romper con los dualismos metafísicos que de modo ejemplar están representados en la relación verdad-apariencia, tal como preanuncia Nietzsche y continúa el pragmatismo en sus diferentes versiones, implica romper también con la distinción entre obligaciones categóricas e hipotéticas (Rorty, 1997). Esto significa que la obligación moral no tiene una naturaleza que la hace intrínsecamente diferente de la tradición, el hábito o la costumbre. Significa también que no hay ley moral o principios absolutos que permitan orientar y evaluar las acciones, sino que todos ellos son creados e instalados por hombres y comunidades que los necesitan para la convivencia. Sin embargo, lejos de socavar a la ética, esta perspectiva la potencia, en tanto nos recuerda la responsabilidad que tenemos en la construcción de tales leyes y principios.

Referencias

Platón, *República*, Buenos Aires, Eudeba, 1977. – Aristóteles, *Metafísica*, Madrid, Gredos, 1970. - Renée Descartes, *Meditaciones metafísicas*, Buenos Aires, Austral, 1975. - Federico Nietzsche, *El crepúsculo de los ídolos*, Madrid, Alianza, 1979. - Richard Rorty, *¿Esperanza o conocimiento? Una introducción al pragmatismo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1997.

Autenticidad y alienación

Fermin Roland Schramm (Brasil) - *Fundación Oswaldo Cruz*

Etimologías. Si aceptamos los presupuestos que el método etimológico atañe a una de las herramientas legítimas de las competencias del hombre para comprender el real (que Ortega y Gasset en *El hombre y la gente* sintetizó por la imagen del *animal etimológico*) y que, en época contemporánea, existe un acercamiento de la filosofía a la filología, podemos decir que la filología es parte legítima de la teoría. Sin olvidar que teorizar puede tener un efecto también práctico, como bien muestra el surgimiento de las filosofías prácticas y de las éticas aplicadas del siglo XX. Así, podemos recordar brevemente las etimologías respectivas de las palabras *autenticidad* y *alienación*, destacar algunas relaciones lógicas y semánticas entre los dos conceptos, lo cual da una pista fidedigna para intentar entender sus ámbitos de pertinencia. Podemos, por ende, mostrar de qué manera los dos conceptos se aplican, o no, a la ética; ver en cuál sentido pueden ser consideradas herramientas legítimas de la ética. En particular, puede mostrarse que el concepto de *autenticidad*, cuando está incorporado a las herramientas específicas de la ética y de la bioética, deberá tener en cuenta el hecho de que la ética se ocupa de cuestiones de tipo normativo referentes a la *calidad* del actuar humano en el interior de estructuras del tipo *yo-otro* o *yo-tú*.

El uso de los conceptos. Históricamente, los significados de los términos *autenticidad* y *alienación* pertenecen tanto al lenguaje ordinario como a los lenguajes especializados (técnicos, científicos o artísticos) y constituyen herramientas conceptuales de las ciencias humanas y sociales, entre las cuales se sitúa su uso filosófico. En el lenguaje ordinario, y en un primer sentido, los dos conceptos se oponen, pudiéndose comprenderlos como la adjetivación de un individuo que, al asumirse *tal cual él es* en una circunstancia determinada, se vuelve propiamente *auténtico*; en el caso contrario es *no auténtico*, o *alienado*, separado de su *yo* o *verdadero self*. Por extensión, y en un segundo sentido (más restricto), *autenticidad* y *alienación* pueden referirse también a grupos de individuos y colectividades, siendo que la *autenticidad* se refiere a las personas que se consideran ser lo que ellas *verdaderamente* son y que actúan coherentemente con esta identidad propia; en el caso contrario, serán consideradas *alienadas* de algo que las constituye, pero que no es asumido como tal. En este segundo sentido, los dos términos tendrán también un significado específicamente moral y serán objeto legítimo del análisis ético. En un tercer sentido, el concepto de autenticidad se aplica a objetos, documentos, a la autoría de obras de arte, a descripciones de situaciones, de acuerdo con algún parámetro que permita determinarla, lo que no es siempre el caso con su antónimo *alienación* (que podrá eventualmente ser sustituido por el sinónimo imperfecto *falso*). Ya en el ámbito de los lenguajes específicos, los dos conceptos pertenecen a los campos de la filosofía, la psicología, la sociología y la ciencia política, pero también de las artes y, en general, de la producción de objetos (*autenticidad - no autenticidad*) y de los bienes a ser protegidos por el derecho (*alienación*). Parece, por tanto, no haber diferencias sustantivas en el uso de los dos conceptos por los juegos lingüísticos del lenguaje ordinario y de los lenguajes especializados, lo cual es atestiguado por la propia etimología de las dos palabras y por sus usos.

Un conjunto semántico complejo. La palabra *autenticidad* (del latín *authenticus*, derivado del griego *authentikos*, de *authêntes*, "que actúa por autoridad propia" [referente al humano], "hecho por mano propia" [referido a obras, objetos, productos]) es un antónimo de *alienación* (del latín *alienatio*, *onis*, "transmisión de derecho de propiedad, separación, perturbación, delirio"), que, a la vez, es de alguna forma sinónimo de *no autenticidad*. Desde su filología, los varios usos de las palabras *autenticidad* y *alienación* indican un campo referencial y lógico-semántico común. En efecto, pueden referirse a entes y situaciones que posean determinadas características y en las cuales los dos conceptos pueden contrastar lógicamente entre sí (*autenticidad* versus *alienación*); pero pueden también relacionarse semánticamente con otros conceptos próximos. En primer lugar, con los conceptos griegos de *poíesis* (*el hacer humano* en el sentido chomskiano de *performance*, a ser distinto de *téchne*, *capacidad de producir, llevar algo de lo no-ser al ser* en el sentido de la chomskiana *competence*) y *práxis* (*el actuar*). En segundo lugar, con el concepto moderno de *identidad* y, en tercer lugar, con el concepto contemporáneo de *moralidad* y, consecuentemente, con el saber acerca de la moralidad conocido como *ética*. En su relación semántica con el concepto de *identidad* (*propia* o *alienada*, *verdadero self* o *falso self*) se refieren a sujetos humanos, pudiendo referirse también a objetos, obras y productos (como en obras *verdaderas* o *auténticas* y *falsas* o *reproducidas*), razón por la cual puede considerarse que los dos términos se refieren a características ontológicas de seres y objetos; es decir, a características que los constituyen o pensamos que los constituyan (no entraré aquí en la cuestión epistemológica del empirismo *versus* racionalismo). Por último, *autenticidad* y *alienación* pueden también referirse a la manera de actuar de sujetos y grupos humanos sobre otros seres humanos (y, eventualmente, sobre los seres vivos en general), esto es, referirse a

la calidad moral de su *práxis*. Pero, hoy, la *práxis* no puede más ser separada de su competencia productiva o *poíesis*, pues la producción de objetos, a través del proceso de trabajo, es inseparable de la autoproducción de sí y de la producción de relaciones sociales (*práxis*). Así, los dos conceptos indican un conjunto complejo de *hacer y actuar*, una *práxis-poíesis*, en el cual cada término indica una realidad distinta de la otra (*hacer cosas*, *actuar sobre/con los otros*), pero también vinculada (*construir relaciones*, *actuar con/sobre los otros en la construcción*). Este conjunto semántico complejo de *autenticidad* y *alienación* está, a la vez, vinculado a contextos extralingüísticos de comportamientos, aunque eso no quiera necesariamente decir (de acuerdo con la lección del segundo Wittgenstein) que los dos términos y los varios juegos lingüísticos en que ocurren tengan la misma extensión semántica. En otras palabras, autenticidad y alienación tienen que ver con el estado de individuos y clases sociales que, debido a sus condiciones externas o internas (económicas, políticas, religiosas y psicológicas) se pertenecen o cesan de pertenecerse, pudiendo ser tratados como sujetos auténticos o alienados en sus relaciones con los otros y el mundo. En suma, las duplas *autenticidad-alienación* y *práxis-poíesis* indican los dos ejes constitutivos de la *estructuración* del *ser* por el *otro*, de *apertura* del *ser* al *otro* y de acogida del *otro* por el *yo*, incluso en el sentido de *protección* del *otro* por el *yo*, o su contrario. Así, los dos conceptos se vuelven pertinentes para el campo de las éticas aplicadas y, en particular, de la bioética.

El sentido filosófico de autenticidad y alienación. El término *autenticidad* en filosofía puede referirse a objetos producidos (*poíesis*) o a sujetos humanos y a grupos de individuos que interactúan entre sí (*práxis*). En el primer caso, se trata, en efecto, de una característica que solo puede ser atribuida por un observador externo al *objeto auténtico*. En este caso, un producto de la *poíesis* es *auténtico* si podemos establecer su identidad de manera indudable, un problema aparentemente simple, pero, de hecho, muy complicado, como mostró Walter Benjamin al analizar la obra de arte en la era de su reproducibilidad técnica. Para Benjamin, a la obra en examen le puede faltar el *hic et nunc* (que los antiguos llamaban su *pathos*) que la tornaría, de hecho, auténtica; o, entonces –considerando la proximidad semántica entre las palabras *autenticidad* y *originalidad*–, la dificultad consiste en no poder establecer la forma *originaria* que la produjo (Benjamin, 1982). En el caso de seres humanos, el concepto de autenticidad puede referirse a una característica atribuida por un sujeto observador externo y situado en una relación de empatía con el sujeto observado y predicado; pero puede también ser una característica que el propio sujeto se otorga a sí mismo en su actividad autorreflexiva, en la cual sujeto y objeto coincidirán. En filosofía, el término fue utilizado, sobre todo, por los filósofos existencialistas, en particular por Martin Heidegger y Jean-Paul Sartre, al hablar de *existencia auténtica*, vía de regla con fuertes connotaciones éticas y/o políticas –en el caso de Sartre– o comprendiendo la autenticidad como ideal existencial involucrando convicciones personales o como característica propia del ser humano, sin connotaciones morales ni políticas explícitas –en el caso de Heidegger.

Autenticidad, praxis y ética. De acuerdo con las ocurrencias en el lenguaje ordinario y, en parte, en los lenguajes específicos, el ser auténtico es aquel que se pertenece, que se acepta como es y actúa coherentemente con esta su característica ontológica, en el caso contrario debe ser considerado alienado. Esta fue la posición defendida por Martin Heidegger (2003), para quien el *Dasein* (*estar en el mundo*) se refiere a sí, decidiendo de su propio ser y de los modos de su abrirse, proyectarse y actuar en el mundo; o sea, *autenticidad*, en esta concepción, es una categoría *identitaria* que se refiere al *yo sujeto* que se piensa como yo objeto y permite, por ende, que identifiquemos sujeto y objeto, *sujetidad* y *objetidad* individual. En particular, el ser humano, provisto de alguna forma de razón y de autoconciencia, no puede no experimentar su total separación de cualquier otro ser humano y de estar escindido en su propio *Dasein*, sufriendo por eso y sufriendo más aún si fuera incapaz de dar un sentido a su desamparo. Pero la concepción heideggeriana es cuestionable desde el punto de vista de la ética, es decir, si la comprendemos en el sentido normativo contemporáneo de la filosofía moral, la cual tiene el objetivo de establecer lo que es justo hacer y no tanto lo que es bien que sea, de establecer el contenido del deber y no la naturaleza de la vida buena (Taylor, 1989). En otras palabras, la concepción heideggeriana es el fruto de una fractura entre ser y praxis, entre ontología y ética, siendo, por tanto, cuestionable y no pertinente desde el punto de vista de la ética. En efecto, desde el punto de vista ético, la autenticidad no puede ser el producto de una reducción conceptual consistente en la autorreferencia del yo, debiendo, al contrario, ser pensada como estructuración y abertura del yo al otro/tú. En resumen, *ser auténtico* tiene siempre el sentido de serlo también para alguien, visto que el sujeto auténtico está siempre ya inscrito en una estructura, junto con por lo menos otro sujeto y, a partir de este dato, el yo deberá siempre tener en cuenta la alteridad del otro en sus proyectos. Por eso podemos decir que la autenticidad del yo debe ser entendida éticamente como *autenticidad compartida*

con el otro. Un ejemplo, en este sentido, es la ética de Jean Paul Sartre. Este, en un primer momento, considera la libertad como fundamento del *estar en el mundo* (*être-au-monde*) y describe la existencia humana como un combate moral entre esta libertad y su recusación, identificada como fuga para el en-sí (*fuite vers l'en-soi*) gracias al error de la mala fe (Sartre, 1943). Pero, en un segundo momento, el autor se da cuenta de que el objetivo de la libertad personal, aunque necesariamente vivido subjetivamente, solo hace sentido si logra incorporar también la libertad del otro. Es el momento del *engagement* sartriano, en el cual la *terrible libertad* es pensada junto con la *responsabilidad* por los otros (Sartre, 1992). Siendo así, desde el punto de vista ético la concepción ontologizante de la *autenticidad* representa una reducción conceptual no admisible, por cuanto la ética encara la moralidad de las acciones de los agentes morales sobre pacientes morales (que pueden ser humanos o no), incluso cuando agente y paciente coinciden en un mismo sujeto, o identifica identidad y bien porque identidad y moralidad son temas inextricablemente interrelacionados (Taylor, 1989). En efecto, si, por un lado, *autenticidad* tiene el significado de característica ontológica de la identidad propia de un individuo y no de otro –al final "nunca estamos en el lugar de otro" (Primo Levi)–, por otro, la *autenticidad* es también el resultado de un proceso de estructuración de un sujeto que, al ser "echado en el mundo" y al asumirse como ser responsable por su *práxis*, intenta hacer coincidir su ser y su venir a ser. Eso implica que *ser auténtico* tiene siempre el sentido de intentar serlo también para alguien, o sea, que el sujeto auténtico está siempre ya inscrito en una estructura, junto con por lo menos otro sujeto y en la cual hay que reconocerse, aun cuando haya una *diferencia radical* inscrita en la pura presencia a sí de la conciencia (Derrida, 1967). O, de acuerdo con Paul Ricoeur (1990), la identidad estaría siempre dividida entre una mismidad inmutable (*identidad-idem*) y una *ipseidad* (*identidad-ipse*) afectada por la alteridad. Por eso el término *autenticidad* puede verse como provisto también de contenido ético, perteneciendo, por tanto, legítimamente tanto a la ontología cuanto a la ética. Pero se puede también sostener –aceptando la sugerencia de Emmanuel Lévinas– que la ética es la verdadera filosofía primera (Lévinas, 1998), o sea, que la *autenticidad* se refiere antes a la ética que a la ontología, pues, en su *práxis*, el individuo es siempre un *sub-jectum*, un *ser ente* que adquiere su identidad en la relación con la *diferencia* que lo interpela y, por consiguiente, lo estructura (no entraré aquí en la cuestión de saber si esta estructura yo-otro necesita un tercer término que estructuraría la propia estructura dual). Siendo así, podemos pensar la *autenticidad* como característica pertinente para el análisis ético y, en particular, para la bioética, visto que esta tiene siempre que ver con la *práxis* y con sus efectos sobre el otro, y que la *práxis* tiene siempre que ver con el campo estructurado por esta diferencia originaria, por esta irrupción del otro humano en el campo del yo, aunque el *otro* sea entendido en términos de *ipseidad*. En suma, la autenticidad estará siempre afectada por alguna forma de alienación, y una manera de contornear eso es pensarla inscribiéndola en la estructura ética y pensarla como autenticidad compartida.

La autenticidad compartida. Si pensamos la bioética como la herramienta teórica y práctica que pretende dar cuenta de los conflictos de intereses y de valores que surgen en y con la *praxis* humana, la dupla autenticidad-alienación hace necesariamente parte de la estructura *yo-otro* (incluyendo, eventualmente, un tercer término que estructura los dos otros). Al aceptar esta estructuración como haciendo parte del proyecto de vida que cada sujeto humano es, él solo puede volverse auténtico en esta relación, en la cual recibe el reconocimiento del cual necesita para existir como humano y ser auténtico. En otras palabras, el sujeto auténtico solo puede ser sujeto ético en la medida en que reconoce en su estar en el mundo, en su *Dasein*, la presencia del otro (que puede ser vivido como amenazador o acogedor); su estructuración por esta presencia y tener al otro como destinatario de sus actos, de su *práxis*. Es en este sentido que la ética puede ser considerada –de acuerdo con Lévinas– la filosofía primera, anterior a cualquier ontología y, *a fortiori*, a cualquier metafísica. En suma, pensando la autenticidad como característica compartida en la conflictividad de la relación práctica, evito tener que pensarla en términos solipsísticos del lenguaje ordinario y de Heidegger; evito, al final, la reducción de una relación a uno de sus componentes, pudiendo, así, pensarla y vivirla, eventualmente, como una auténtica relación *yo-tú*, esto es, una *autenticidad compartida*.

La noción normativa de autenticidad. Si la autenticidad consiste en ser el mismo, un único proyecto, que atraviesa las varias situaciones vividas (como pretendía Sartre), este *ser el mismo* siempre estará sujeto a los proyectos de los demás seres humanos, con quienes podrá entrar en conflicto (por intereses, por valores diferentes), pero que podrá también reconocer como la alteridad que lo reconoce y con la cual podrá, eventualmente, construir las condiciones para un mundo moralmente habitable. Pero eso implica pensar en una noción normativa de autenticidad, siendo que esta deberá, en este caso, ser pensada como identidad individual,

colectiva y simbólica, o sea, pensada en por lo menos tres planos, como forma de pensarse una autenticidad que trascienda el así llamado verdadero *self*. En resumen, pensar la autenticidad en el contexto de un diálogo entre la tradición aristotélica de la *vida buena* (*eudaimonia*) y aquella, kantiana, del deber o de la obligación, pero sabiendo que si, por un lado, la autenticidad significa ser fieles a nosotros mismos y recuperar nuestro peculiar sentimiento de la existencia, por otro, tal vez solo podamos realizarla completamente reconociendo que tal sentimiento nos reúne a una totalidad más amplia (Taylor, 1994). Y eso no es nada más de lo que la filosofía moral, o ética, pretende hacer desde que las dos tradiciones de la ética occidental (la *analítica* y la *continental*) dialogan entre sí en la ética práctica, construyendo el campo de las éticas aplicadas y de la bioética, en la cual la autenticidad puede ser pensada simultáneamente como característica ontológica e ideal ético normativo. Pero eso crea, inevitablemente, una tensión entre el *yo* y el *otro* al interior del propio concepto de autenticidad, que es nada más que la tensión vivida en la propia existencia de cada sujeto moral, cuya estructuración no elimina la dialéctica sutil entre autenticidad y alienación de la condición humana.

Referencias

W. Benjamin, *La obra de arte en la época de su reproducibilidad técnica* (1936), Madrid, Taurus, 1982. - J. Derrida, *L' écriture et la différence*, Paris, Editions du Seuil, 1967. - M. Heidegger, *Ser y tiempo* (1927), Madrid, Editorial Trotta, 2003. - E. Lévinas, *Étique comme philosophie première* (1992), Paris, Rivages, 1998. - P. Ricoeur. *Soi-même comme un autre,* Paris, Editions du Seuil, 1990. - J. P. Sartre, *El existencialismo es un humanismo* (1946), Buenos Aires, Sur, 1980. - J. P Sartre, *L' être et le néant,* Paris, Editions Gallimard, 1943. - C. Taylor, *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1989. - C. Taylor, *Il disagio della modernità*, Roma-Bari, Editori Laterza, 1994.

Consentimiento

El consentimiento voluntario fue señalado como absolutamente esencial para los experimentos médicos en el primer párrafo del Código de Nuremberg (1947), documento que junto a la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948), se consideran el punto de partida de la bioética, más allá de su posterior definición nominal. El Código pedía que la persona tuviera capacidad (v.) legal, así como información (v.) y comprensión sobre la naturaleza, duración, propósitos, método, riesgos e inconvenientes derivados de la participación en el experimento. También exigía que el sujeto estuviera situado en posición de poder decidir libremente sin ningún tipo de coerción, coacción, engaño o fraude sobre su voluntad (v.). La exigencia del libre consentimiento sería consolidada por la *Declaración de Helsinki* (1964) de la Asociación Médica Mundial, que iría a convertirse en la piedra angular de la ética de la investigación biomédica. En modo definitivo, el consentimiento quedaría establecido como obligación de los Estados en el artículo 7 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (1966), entendido como derecho humano a la integridad, según se desprendía de su asociación en el mismo artículo, con la prohibición de la tortura y las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El consentimiento informado en la tradición angloamericana. El *consentimiento informado*, término acuñado en la jurisprudencia de Estados Unidos en 1957, apareció como cuestión tematizada en ese país a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta (Faden y Beauchamp, 1986). Hasta 1934, en el *Caso Brown versus Hughes*, los tribunales no veían bien la experimentación y la equiparaban con una acción violenta por el médico que era el responsable de la atención del paciente. En 1935, en el *Caso Fortner versus Koch*, de la Suprema Corte de Michigan, se autoriza la investigación clínica como parte de la práctica médica a condición de que el paciente estuviese enterado y aceptara el experimento y que este "*no variara demasiado radicalmente de los métodos de procedimiento aceptados*". Desde el punto de vista clínico (v. *Consentimiento en atención clínica*) quedaría claramente establecido a partir de la *Carta de Derechos de los Pacientes* (v.) de la Asociación Americana de Hospitales en 1973. Para la investigación biomédica, más allá de la casuística jurídica de referencia como *Canterbury versus Spence* (1972), fue en el *Informe Belmont* (1979) de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, que con sus tres principios éticos (respeto por las personas, autonomía y justicia) anticiparía el principialismo de la justificación moral; cuando el consentimiento se postuló como aplicación del principio de respeto por las personas, con los tres elementos ya señalados de información, capacidad-comprensión y voluntariedad. Sin embargo, en el Informe no resultaba fácil decir cuál habría de ser el estándar de la información a dar a las personas: si el usual en la práctica médica, si el de una persona razonable o cuál. Este aspecto de la información resultaría problematizado muchos años más tarde con las discusiones sobre el doble estándar y la *Declaración de Helsinki* (2000). Robert Levine diría entonces que todo lo que una persona de un país en desarrollo requería como información era conocer qué tratamiento estaba disponible en su país, con lo cual atacaba la noción universalista del consentimiento. Tampoco resultaba fácil para el Informe Belmont la cuestión de la comprensión ya que, afirmaba, el modo y el contexto en el cual se brinda la información es tanto o más importante que la información en sí. En tanto la capacidad del sujeto para comprender es función de la inteligencia, la racionalidad, la madurez y el lenguaje, resultaba necesario *adaptar* la presentación de la información a las capacidades del sujeto. De algún modo era lo que solicitaba el Código de Nüremberg al hablar de la posición del sujeto para decidir libremente. Por otro lado y considerando la situación de aquellos sujetos con su comprensión severamente limitada como los niños, enfermos mentales, pacientes terminales y en coma; el respeto por las personas requería también el permiso de terceras partes para proteger a los sujetos de daño actuando en su mejor interés. Y la voluntariedad, finalmente, requería condiciones libres de coerción e influencia indebida según el Informe. La influencia indebida, se consideraba, ocurre a través de una recompensa excesiva o inapropiada para obtener el acuerdo, aunque también puede ocurrir cuando incentivos ordinariamente aceptables se aplican a sujetos especialmente vulnerables. De allí que al existir un continuo en los factores de influencia para presiones injustificables, "*... es imposible establecer precisamente dónde termina la persuasión justificable y dónde comienza la influencia indebida*". El *criterio* utilizado por el Informe Belmont se basaba en una idea de *persona* más *evolucionista* y *contextualista* que la idea *individualista* de persona que se presentaría en la visión reduccionista del principio de respeto por las personas del Informe a principio de autonomía en Beauchamp y Childress. Ese reduccionismo sería llevado a su extremo por el fundamentalismo de los

principios éticos en autores como Engelhardt, Macklin y Levine.

Comunidad y orígenes del consentimiento en América Latina. Aunque la temática del consentimiento tradicionalmente se asocia en bioética o bien a las investigaciones biomédicas o bien a la atención clínica, lo cierto es que los elementos constitutivos del mismo y su noción formal son históricamente muy antiguos. Esto puede observarse textualmente con un análisis del desarrollo del colonialismo y el imperialismo desde sus orígenes en América Latina y tiene particular relevancia para la comprensión del consentimiento comunitario (v.). La primera ceremonia de Colón en el día del descubrimiento –según escribió en su Diario–, fue tomar *posesión* de las nuevas tierras en nombre de los monarcas españoles. Ese mismo día observó a los indígenas como buenos sirvientes, ingeniosos pero ignorantes en armas, dispuestos a ser cristianos y dando todo lo que tenían a cambio de nada de los otros. Por siglos, estos conceptos serían las cuestiones centrales en las relaciones entre conquistadores y nativos. Pero todos los conceptos centrales utilizados por los españoles para su dominio sobre las tierras descubiertas y sus habitantes habían sido prefigurados históricamente en términos políticos y legales por las concepciones jurídicas del bajo medioevo en la Europa Occidental. La justificación legal para reconquistar al Islam los antiguos territorios cristianos en África y la Península Ibérica fue la primera razón para sostener el derecho a tomar posesión en América por los monarcas españoles. El segundo fundamento jurídico fue el de la *res nullius* acerca de las islas y territorios sin gente en ellos y que, por tanto, no tenían ningún propietario. Pero el tercero y más importante de los argumentos fue la tesis legal sobre la justa apropiación por monarcas cristianos, como Isabel y Fernando, de todas las nuevas tierras descubiertas que estuvieran en propiedad de príncipes no cristianos. Una bula católica del Papa Nicolás V en 1455 había dado a Portugal el derecho a conquistar y reducir a esclavitud (v. *Esclavitud y servidumbre*) a los paganos a ser descubiertos en el África Occidental. En 1493, a pedido de los Reyes Católicos, el Papa Alejandro VI firmó cinco bulas dando los mismos derechos a España en América. Esa justificación política de la conquista de América fue criticada entonces porque los europeos no respetaban el deseo de los indígenas y porque el Papa, que había otorgado a España el derecho de conquista, no tenía ningún poder sobre cuestiones seculares de la gente pagana. Remitiendo a San Agustín y a Santo Tomás de Aquino, estas críticas sostuvieron que la ley natural era el fundamento del origen de los Estados y del poder político de los príncipes paganos y que una "guerra justa" contra ellos exigía autoridad legítima, justa causa y una conducta lícita en la guerra. En las discusiones que teólogos y juristas como Francisco de Vitoria (1539) y Bartolomé de las Casas (1552) entablarían con respecto a los indígenas del Nuevo Mundo se encuentra un fundamento de la discusión moderna sobre la condición humana, estableciendo el correlato entre derecho internacional y derechos humanos. Vitoria se opuso a la tesis de los consejeros reales, que sostenían el derecho de los españoles a reducir a los indígenas americanos por la fuerza (v. *Poder e injusticia*; *Dominación y hegemonía*), como había sucedido en el caso de África con la reducción a esclavitud de la población negra, y esta oposición la sostuvo con un doble argumento condicional: España podría tener el gobierno de los nuevos territorios: 1. si lo hacía por el bien y la utilidad de las poblaciones nativas y no por el mero lucro, y 2. si su período de administración tomaba solamente el tiempo en el cual los indígenas estuvieran en un estado de barbarie. Este argumento de tipo beneficentista y utilitarista era reforzado por un argumento basado en autonomía que rechazaba el supuesto de la "elección voluntaria de los indígenas" del dominio español, ya que los indígenas no podían comprender bien el propósito de los españoles, estaban coercionados por gente armada y los gobernantes indígenas no tenían capacidad para tomar decisiones acerca de nuevos príncipes sin tener el consentimiento de su pueblo. La corona española respondió entonces con la implantación del documento conocido como "el Requerimiento". Redactado en latín, este informaba a los indios no conquistados de la donación de las Indias hecha por el Papa a los reyes de Castilla –cuyos documentos podían ver si quisieran– razón por la cual debían aceptar la presencia española y su adoctrinamiento. Se les ofrecía el tiempo justo para deliberar y entender lo que se les había dicho y se les avisaba que en caso de no aceptar la presencia española se les haría la guerra y se los sujetaría al yugo y obediencia de la Iglesia y de sus Altezas. Es conocida la respuesta dada por un cacique de la región del Cenú (Colombia) luego de haber oído la lectura del Requerimiento (López de Gómara, 1552): "*Que en cuanto a venir los españoles en son de paz, no lo mostraban en sus actitudes; que en cuanto a sus reyes, a juzgar por lo que se les pedía, se veía que eran unos indigentes necesitados y que ese personaje que había repartido la tierra, estaba loco y buscaba pleitos regalando a terceros lo que no era suyo, para crear conflictos con quienes desde tiempos inmemoriales estaban en posesión de ellas. Que le darían víveres pero el oro, del cual tenían poco, era cosa que no estimaban en nada, por ser inútil para la vida diaria. Que le parecía muy bien que creyeran en un solo Dios pero que ellos no querían cambiar de religión. En cuanto a las amenazas, lo mejor sería que saliese lo más pronto de esa tierra pues no estaban*

acostumbrados a considerar buenas las demostraciones de fuerza armada y extranjera, y tendrían que hacer con ellos lo que ya habían hecho con otros, y le mostraba las cabezas colgantes que adornaban sus campos".

El origen y primeros antecedentes de la doctrina general del consentimiento en América Latina, y en particular del consentimiento comunitario, debemos ir a buscarlo entonces a estas discusiones.

[J. C. T.]

Consentimiento
1. Información

Sandra Wierzba (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Concepto y alcances del deber de información. El consentimiento informado importa una declaración de voluntad del paciente relativa a la práctica de una terapéutica sobre su cuerpo y requiere la previa información que el médico debe brindarle con relación a tal procedimiento, sin la cual el enfermo no podría tomar la decisión razonada e independiente de someterse o no al mismo. El suministro de información al paciente por el profesional tiende a paliar la situación de asimetría existente entre ambos –*lego-experto; que son además, enfermo-médico*–. El intercambio comunicativo entre ambos, basado en la confianza, ampliará las posibilidades de comprensión de los resultados del tratamiento por parte del paciente. En cuanto a los alcances del deber de información, existe consenso en el sentido que debe revelarse: a) *La naturaleza y objetivo del procedimiento: s*upone información sobre si el procedimiento es diagnóstico o terapéutico y si la práctica es invasiva o no. También puede resultar relevante prestar información sobre la duración del tratamiento; el lugar donde se llevará a cabo, si requerirá anestesia o no, la clase de instrumental que se utilizará, las partes del cuerpo que serán afectadas, y si el procedimiento es experimental o es parte de una investigación. La comparación del tratamiento a realizar con otros más comunes y conocidos se considera de buena práctica; b) *Los riesgos que el procedimiento lleva aparejados:* se trata probablemente del aspecto más relevante a informar, resultando complejo encontrar un justo límite entre la cantidad de información que cada paciente necesita para tomar una decisión inteligente y aquella que resulta posible proporcionarle en función de los límites que impone el ejercicio de la medicina. Se sugiere considerar la naturaleza del riesgo, su magnitud, la probabilidad de su materialización y la inminencia de tal posibilidad. En general, existe consenso en cuanto a que debe informarse al menos los riesgos más graves y más frecuentes, sin embargo, no hay un parámetro objetivo para determinar en qué casos un riesgo se encuadra en tales categorías (algunas pautas de carácter estadístico pueden hallarse en la jurisprudencia). c) *Los beneficios:* casi siempre estos son evidentes y coinciden con los objetivos del tratamiento: aliviar o hacer desaparecer el problema que ha hecho que el paciente buscara tratarse. Sin embargo, la revelación de los beneficios se considera crucial en ciertos casos, como cuando el procedimiento es diagnóstico y no terapéutico, caso en el cual el paciente debe saber que solo se intenta obtener información para luego iniciar tratamientos; y cuando el nivel de beneficio que se espera del procedimiento está muy por debajo de la completa mejoría del paciente, supuesto en el cual el médico debe informar de tal limitación. d) *Las alternativas u opciones:* se trata de una cuestión de gran trascendencia, pues esta información permite al paciente optar por el tratamiento en otro establecimiento asistencial, por otro profesional, o incluso decidirse por el no tratamiento. Por lo general el médico recomendará una alternativa basada en su saber profesional, habiendo previamente descartado otras, y pudiendo el paciente aceptar o no el consejo –*no resultando exigible que se ofrezca al enfermo una gama abierta de opciones para que este elija libremente*.

Estándares de extensión del deber. En cuanto a la extensión del deber de advertencia a cargo del médico, se ha discutido si este debe ser medido de acuerdo con un estándar de cuidado profesional –bajo el cual el deber del médico de revelar es una cuestión que depende del juicio y la discrecionalidad profesionales–, o de acuerdo con una medida de razonabilidad general –se considera cuánto debiera el paciente conocer para alcanzar una decisión inteligente, con independencia del juicio médico–. Ya en el contexto de las circunstancias propias de causas judiciales de responsabilidad profesional que comprometen el debido cumplimiento del deber de información, resulta trascendente determinar la existencia de relación de causalidad entre la omisión de revelar y el daño. En la jurisprudencia de Estados Unidos y Canadá, los tribunales que reconocen la doctrina del consentimiento informado requieren prueba de la relación de causalidad entre la falta de revelación y el daño; en consecuencia, exigen que el incumplimiento de la obligación profesional sea la causa próxima del daño. La regla es que el actor no puede ser indemnizado bajo esta doctrina, salvo que

acredite que no habría dado su consentimiento al tratamiento si en forma oportuna se le hubiese suministrado una completa y adecuada información. Y con respecto a la relación de causalidad, existen dos criterios: a) Según el estándar subjetivo, se considera aquello que el propio paciente habría hecho, en caso de habérsele informado adecuadamente; b) según el estándar objetivo, corresponde tener en cuenta qué habría decidido una persona razonable y prudente en la posición del paciente, de haber sido adecuadamente informada de todos los peligros significativos. Si previsiblemente una adecuada información habría llevado a esa persona a declinar el tratamiento por causa de la revelación relativa al tipo de riesgo o peligro que derivó en un daño, la relación de causalidad queda establecida. En cambio, si la revelación de todos los riesgos relevantes no habría hecho variar la decisión de una persona razonable en la posición del paciente, no existe conexión causal entre la falta de información y el daño. El criterio objetivo se aplica mayoritariamente en la jurisprudencia, para evitar el llamado "peligro respecto de la retrospección de un paciente resentido".

Supuestos de interpretación del deber. Cabe destacar que el deber de revelar no es absoluto, pudiendo relativizarse en supuestos como los siguientes: 1. Cuando el riesgo no es razonablemente previsible y tampoco es inherente al tratamiento; 2. Cuando el paciente se niega específicamente a obtener información; 3. Cuando existe una situación de urgencia que tornaría irrazonable la obtención del consentimiento informado; 4. Cuando el riesgo es conocido por el paciente o es tan obvio como para justificar la presunción de tal conocimiento; 5. En casos en los que la completa revelación de las alternativas y consecuencias podría tener efecto nocivo en la salud física o psíquica del paciente. A su vez, corresponde señalar que de acuerdo con la evolución de la doctrina en los últimos años, el deber de información se considera más extenso para ciertas prácticas, como la cirugía plástica estética, en el sentido de que se exige información más completa y espaciada en el tiempo, dada la naturaleza de los procedimientos involucrados –*de embellecimiento*– y su carácter "electivo". Finalmente, queda claro que el derecho a la información con que cuenta un paciente, como previo a un procedimiento médico, presenta una contracara, cual es el derecho a no saber. En efecto, existe un derecho a no saber, es decir, a renunciar al derecho a conocer informadamente. Es que así como es corolario lógico del derecho a consentir un tratamiento médico, el derecho a negarse al mismo, el derecho a no saber, constituye la contrapartida necesaria del derecho a conocer la información médica relevante para someterse a un tratamiento. El derecho a no saber parece volverse especialmente relevante en materia de información a pacientes oncológicos. Se afirma que no podrían darse reglas fijas en el tema, y que debería actuarse de acuerdo con las características propias de cada paciente, destacándose la capacitación específica con que debe contar el personal encargado de brindar tal información, y la necesidad de informar a los representantes legales en caso de niños pequeños y personas que no poseen el pleno uso de sus facultades mentales. Asimismo, dentro de ciertos marcos, cabe la información a los parientes o personas a cargo del paciente, en su calidad de cuidadores primarios. En la Argentina, si bien la ley 17132/67 de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración en la Capital Federal no se refiere específicamente a la información que debe preceder el consentimiento a un tratamiento, sí lo hace prácticamente toda la legislación más reciente en materia de salud, como ser las sucesivas leyes de Trasplantes de Órganos, la Ley de Lucha contra el Sida *(23.798/89, y más específicamente su decreto reglamentario 1244/91)*, la Ley 153 de Salud Básica de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley No. 11044 de Investigación en Salud de la Provincia de Buenos Aires, entre otras.

Referencias

Elena I. Highton, Sandra M. Wierzba, *La relación médico-paciente: el consentimiento informado*, Buenos Aires, Ed. Ad Hoc, 2003, 2ª. edición actualizada y ampliada, cap. XI. - "P., R. c/Estado Nacional" CNFed. Civil y Com., sala I, diciembre 28-993. P., R. N. c. Estado Nacional (Ministerio de Defensa, Ejército Argentino), LL 1994-D-20. Suprema Corte Canadiense, caratulado "Reibl v. Hughes", Dom Law Rep. 1980 Oct. 7;114:1-35. - C. de R., N. c/Clínica Dr. A. E. Estética y o. (F. 178/96), Montevideo 24 de Abril de 1998, apelada. Autos P. B. c/V., M. A. s/Daños y Perjuicios, CNCiv., sala "E", 3/2/95, exp. 138.184, inédito.

Consentimiento
2. Capacidad

Sandra Wierzba (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La capacidad en el acto jurídico. El tema de la capacidad para recibir información y consentir procedimientos médicos suscita conflictos de variada índole, que se resuelven de maneras diversas según se considere que el otorgamiento del consentimiento informado constituye o no un acto jurídico. Si se considera que constituye un acto jurídico y no un mero acto lícito o manifestación de voluntad no negocial, el paciente debería ser adulto y sano mentalmente para otorgarlo y solo podría

ser dado "por otro" con representación suficiente. En este caso, deben aplicarse con rigor los límites de edad impuestos por la ley civil y aquellos correspondientes a la representación legal. Al respecto, cabe precisar que la capacidad puede ser analizada desde dos puntos de vista: a) como aptitud de la persona para ser titular de relaciones jurídicas (capacidad de derecho) *–instituida en beneficio de terceros y por razones de orden moral o ético, no puede jamás resultar excluida en materia de consentimiento informado, ya que en principio nadie puede ser privado del derecho de decidir qué se hará con su propio cuerpo a los efectos de llegar a su curación–*; y b) como aptitud del sujeto de ejercer los derechos de los cuales es titular (capacidad de hecho) *–interesa al consentimiento informado, si se considera que este constituye un acto jurídico–*. En el derecho argentino, a los efectos de los actos jurídicos, la capacidad funciona como principio general y solo se verá desplazada en los supuestos específicamente previstos por ley *–que requieren una declaración formal*, *oficial y judicial–* que serán de interpretación restrictiva. Tales supuestos son: I) Incapacidad absoluta: dementes *(art. 54 inc. 3o. CC)* y sordomudos, que no sepan darse a entender por escrito *(art. 54 inc. 4o. CC);* II) Incapacidad relativa: emancipados por habilitación de edad *(art. 131 párr. 3o. CC);* emancipados por matrimonio *(art. 131/133 CC)*; habilitados comercialmente *(art. 10/12 Código de Comercio);* inhabilitados: *(art. 152 bis CC)*. A su vez, requiere que el sujeto sea mayor de edad, es decir, contar con dieciocho años según lo dispuesto por el nuevo artículo 126 del Código Civil. Cabe destacar que la moderna legislación en materia de salud (*v. gr.: Ley 22.990 de Sangre –art. 44– ; la Ley 24193 de Trasplantes de Órganos –art. 15–, Ley No. 11044 de Investigación en Salud de la Provincia de Buenos Aires –art. 10–,* entre otras), tomaba ya los dieciocho años como edad suficiente para consentir actos médicos, aun antes de la reforma general introducida por el Código Civil.

El consentimiento como acto lícito. De acuerdo con nuestro criterio, el consentimiento informado no supone un acto jurídico, sino una mera manifestación de voluntad no negocial o mero acto lícito. Ello se traduce en la simplificación de las reglas referidas a capacidad, incapacidad y representación, régimen de nulidades, etc.: para otorgar un consentimiento informado válido no hace falta acudir a distorsiones referentes a la normal representación de los incapaces ni complicar el régimen de capacidad y representación legal, buscando a estos fines excepciones que no figuran en ninguna norma. Ello por cuanto la capacidad o incapacidad consistente en la posibilidad de decidir por sí mismo someterse a un tratamiento por parte de un enfermo debe mirarse de manera especial, pues no se trata de la capacidad legal para realizar actos jurídicos, sino de la posibilidad de expresión de su voluntad, previa comprensión del acto médico y de sus consecuencias sobre la vida y la salud, de la facultad de comparar las ventajas alternativas, además de la posibilidad para sobreponerse al miedo, a la angustia y al nerviosismo que conlleva una situación de esta índole. Debe atenderse más bien a razones de aptitud psicológica, a que el sujeto pueda o no ejercer personalmente su derecho a otorgar un consentimiento informado luego de la adecuada revelación de lo que necesita saber para decidir. En tanto si se piensa que se está ante un acto jurídico no se trata solo de una cuestión fáctica, sino que debe existir una causal jurídicamente relevante que impida la plena capacidad; por el contrario, si se considera que se está ante una declaración de voluntad no negocial, ante un mero acto lícito, la cuestión no se refiere ya a una incapacidad legal, sino a una imposibilidad fáctica, la que fácilmente puede darse en el caso de enfermedad física o psíquica, momentos en que existe cierta debilidad, poca disposición para entender o dificultad para recibir una explicación, en que el paciente está bajo el efecto de calmantes o excepcionalmente nervioso o irritable o dolorido.

Capacidad y competencia. En este sentido, algunos autores distinguen entre capacidad y competencia. *Capacidad* es una noción usada principalmente en el ámbito de los contratos; por eso, y por razones de seguridad jurídica, por lo general las leyes establecen una edad determinada a partir de la cual se alcanza la mayoría de edad. *Competencia* es un concepto perteneciente al área del ejercicio de los derechos personalísimos; no se alcanza en un momento preciso, sino que se va formando, requiere una evolución; no se adquiere o pierde en un día, o en una semana. Bajo esta denominación, se analiza si el sujeto puede o no entender a cabalidad aquello que se le dice, cuáles son los alcances de la comprensión, si puede comunicarse, si puede razonar sobre las alternativas y si tiene valores para poder juzgar. La noción de consentimiento informado está unida a la noción de discernimiento y, en consecuencia, a la de *competencia.* Así, debe contemplarse el supuesto de personas de cierta edad, que no han sido declaradas ni son pasibles de ser declaradas como incapaces, pero no pueden expresar su voluntad informada al tiempo del acto médico sin la ayuda de un familiar. Además, debe tenerse en cuenta a los menores, por lo menos a los menores adultos u otras personas relativamente incapaces desde el punto de vista legal, quienes pueden y deben considerarse capaces de aceptar y consentir por sí mismos ciertos tratamientos, fundamentalmente los referidos a cuestiones que su pudor o temor impide –y ellos expresamente prohíben– que les

sean reveladas a sus progenitores, curadores o asistentes, en atención a la índole de la dolencia (por ejemplo, enfermedades venéreas, adicciones, etc.) cuando ellos comprenden perfectamente todo lo relativo a los alcances de la práctica propuesta y que la sola mención de la necesidad de otra autorización impediría tratar. Debe informarse al incapaz, aunque jurídicamente sea tal, cuando tenga suficiente juicio y voluntad para consentir el procedimiento. En definitiva, una persona está en condiciones de consentir un tratamiento médico a menos que sea incapaz de tomar una decisión relativa al tratamiento propuesto. Debe atenderse para ello al momento previo, o inclusive al momento mismo de la práctica o procedimiento, por ejemplo, si el paciente está medicado o bajo el efecto de sedantes o atravesando una crisis nerviosa, si puede oír bien cuando se le hace la revelación oralmente, si puede leer bien cuando se trate de formularios o explicaciones escritas; es decir que debe estarse a su concreta aptitud para consentir, pues luego el paciente podrá alegar que su consentimiento se logró cuando era incapaz de comprender a cabalidad el alcance del tratamiento. Si bien es difícil trazar una línea para determinar el umbral en que un enfermo es capaz o incapaz de tomar una decisión médica, el criterio para considerar a un paciente competente o incompetente debe estar regido por los valores rectores de la doctrina del consentimiento informado, es decir, en primer lugar, la autonomía individual, y recién, en segundo lugar, la razonabilidad de la decisión, mientras muestre adecuado respeto por la salud del paciente. Aunque una última determinación siempre quedará en manos de los tribunales de ser necesario, la costumbre y la práctica hacen que sea el médico tratante quien decida acerca de la aptitud. Además, los facultativos serán quienes hagan una primera evaluación acerca de la capacidad del enfermo para consentir el tratamiento, desde que la posibilidad de aceptar o no lo que diga el paciente estará a su cargo.

Incapacidad y representación. En cuanto a la representación del incapaz, pensamos que cuando se ha verificado la existencia de una incapacidad que obliga al profesional a requerir el consentimiento de otro por imposibilidad del paciente, este debe ser pedido, en principio, al padre, la madre, el cónyuge, el tutor, el curador, el hermano, el hijo, el pariente, la concubina, el amigo o aquel que acompañe y esté al lado del paciente al tiempo de la atención médica. Y no nos referimos a una incapacidad y consiguiente representación legal, sino a una imposibilidad y consiguiente representación fáctica. No nos parece adecuado establecer ni una pauta de capacidad ni un orden rígido para ello, por cuanto en la práctica la asistencia y preocupación constante de un familiar por la salud de un paciente podría justificar que sea el llamado a asentir, aunque hubiera personas de parentesco más cercano. El consentimiento informado *por otro* debe ser apreciado con criterio amplio, favorable a la realización del procedimiento cuando fuere adecuado desde el punto de vista terapéutico, considerando las particularidades del caso. Solo de esta manera podrá brindarse soluciones equitativas en supuestos de discordancia en las decisiones de los parientes (por ejemplo, desacuerdos entre padre y madre del menor); o en casos en los que parientes más lejanos o personas que no guardan relación de parentesco con el paciente (por ejemplo, la concubina, un gran amigo, etc.) se ocupan del enfermo como no lo hacen los verdaderos representantes legales o parientes; o en casos de menores adultos que acuden solos al médico y no desean que sus padres intervengan, en especial en atención a la índole de la dolencia.

Referencias

Elena I. Highton, Sandra M. Wierzba, *La relación médico-paciente: el consentimiento informado*, Buenos Aires, Ed. Ad Hoc, 2003, 2ª. edición actualizada y ampliada, cap. V. - Aída Kemelmajer de Carlucci, "El derecho del menor a su propio cuerpo", en G. Borda (director), *La persona humana*, Buenos Aires, La Ley, 2001, p. 249. - Olga O. Lavalle, "Consentimiento informado en adolescentes", Buenos Aires, Jurisprudencia Argentina N° Especial: *Bioética*, 1 nov. 2000, p. 56. - Alfredo Orgaz, "El consentimiento del damnificado", Buenos Aires, La Ley, Tomo 150, p. 958.

Consentimiento
3. Voluntad

Sandra Wierzba (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Concepto. Se ha caracterizado al *consentimiento informado* como una declaración de *voluntad* efectuada por un paciente, por la cual, luego de brindársele suficiente información referida al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone como médicamente aconsejable, este decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención. Así, tanto el deber de revelar como el de consentir constituyen aspectos distintivos propios de la doctrina del consentimiento informado. Y consentir no es simplemente aceptar someterse al tratamiento, pues el enfermo debe tomar una verdadera decisión. Hay dos aspectos esenciales de una decisión legalmente válida: el *entendimiento* o *comprensión* y la *voluntariedad*. Es muy común que las personas no entiendan lo que se les dice; y frente a esta realidad sencilla y cotidiana no existe razón por la cual no pueda ocasionalmente, o aun con cierta frecuencia, suceder esto en las conversaciones entre médicos y pacientes. De hecho debe aceptarse, y estudios

empíricos así lo han demostrado, que los enfermos a menudo no llegan a entender la información que se les ofrece, sea verbalmente o por escrito, sin que se trate de personas que carezcan de capacidad en su vida normal. En cuanto al segundo aspecto, en el sistema civil argentino la declaración de voluntad prestada en razón del consentimiento informado debe cumplir con ciertos requisitos internos y externos a fin de que el acto pueda considerarse voluntario. Para que el consentimiento provenga de un acto voluntario, los elementos internos y externos deben concurrir. Lo normal es que la manifestación de voluntad se corresponda con los elementos internos que la forman; cuando ello no es así, se deberá efectuar una opción y determinar qué elementos deben prevalecer.

Elementos internos. Desde el punto de vista interno, para que la declaración del paciente pueda ser considerada *voluntaria*, deberá ser efectuada con discernimiento, intención y libertad (conforme al Art. 897 del Código Civil). El *discernimiento* es el entendimiento o inteligencia, la facultad de poder conocer; y puede ser definido como la aptitud del espíritu humano de distinguir lo verdadero de lo falso, lo justo de lo injusto y, en general, de apreciar la conveniencia o inconveniencia de las consecuencias de las acciones humanas, sean propias o ajenas. Requiere cierto desarrollo intelectual, por lo que puede verse desplazado por la inmadurez mental del paciente o su insania. En estos supuestos, podría ser necesario el consentimiento dado por otro y no por el propio paciente. La *intención* es el propósito de la voluntad al realizar cada uno de los actos conscientes, por lo que se refiere al conocimiento concreto en la circunstancia determinada. Se verá impedida en ocasión de error o ignorancia del paciente o cuando se lo indujere a efectuar una declaración mediante engaños o dolo, en cuyos casos existirá divergencia entre el fin o propósito del acto y el resultado obtenido. En tanto la intención se refiere al acto concreto y al conocimiento del mismo, la incorrecta revelación del médico puede hacer fallar este elemento de la voluntad. El elemento *libertad* se relaciona con la espontaneidad de la declaración, con la independencia de la voluntad. La determinación del enfermo implica un imperio de sí mismo, la posibilidad de haber elegido. Un sujeto se verá privado de su libertad cuando se ejerza coacción externa sobre él, de tal manera que se vea privado de actuar con espontaneidad debido a fuerza o intimidación. Si el paciente fuera capaz para consentir y el profesional del arte de curar llevara a cabo un tratamiento sin obtener su consentimiento, se vería afectada su libertad, y, por tanto, no podría decirse que hubo sometimiento voluntario al tratamiento. Esta situación más difícilmente podrá darse en casos de pacientes ambulatorios, pero no sería del todo improbable cuando se tratara de pacientes internados. Sin embargo, esta falta de libertad está relacionada con la violencia y no con el mero intento de convencer al paciente para que se trate, pues lo cierto es que si no existe libertad absoluta para los actos jurídicos en general, menos aun cuando se trata de enfermos, entendiéndose que en la vida siempre hay un cúmulo de factores que restan posibilidades de verdadera opción o elección al sujeto. Para que se admita la falta de libertad, la voluntad del paciente debe haber sido sustituida por una voluntad extraña o por un conjunto de circunstancias externas que hayan eliminado la espontaneidad de la decisión. La legislación, la doctrina y la jurisprudencia prevén ciertos casos de privación legítima de la libertad o legitiman la actuación del médico sin, o inclusive en contra de, la voluntad del paciente, con o sin autorización judicial. Así, en algunas situaciones en que está en peligro la vida del paciente o de terceros, cuando existe supuesto de urgencia extrema, cuando alguien tiene el derecho de dirigir las acciones de otro, etcétera.

Elementos externos. Además, para que produzca sus efectos jurídicos, deben darse ciertas *condiciones externas*, es decir que la voluntad deberá exteriorizarse o manifestarse, ya que los hechos no son propósitos, sino realidades. Para que la voluntad del paciente permita al médico o institución realizar el tratamiento contando con su anuencia, la voluntad debe haberse manifestado exteriormente. Al respecto, el art. 913 del Código Civil argentino establece que "*ningún hecho tendrá el carácter de voluntario, sin un hecho exterior por el cual la voluntad se manifieste*". Pese a ello, no siempre existe excesiva formalidad en cuanto a la declaración de voluntad, pues a su vez el art. 915 del Código Civil establece que "*la declaración de la voluntad puede ser formal o no formal, positiva o tácita, o inducida por una presunción de la ley*". La declaración formal de voluntad aparece como necesaria en los casos en que la eficacia de los actos depende de la observancia de ciertas formalidades exclusivamente admitidas como expresión de voluntad para el acto de que se trata (art. 916, Código Civil). En estos supuestos, no existe libertad para elegir las formas de expresión de la voluntad (por ejemplo, para la celebración del matrimonio existe una forma legal determinada), libertad que se conserva, por el contrario, para los actos no formales. Los actos formales pueden a su vez ser solemnes o no solemnes. Habrá declaración expresa –o positiva– de voluntad, cuando esta se manifieste en forma verbal, escrita o por signos inequívocos con referencia a determinados objetos (art. 917, Código Civil). En cambio, la

declaración de la voluntad será tácita cuando surja de hechos o actos "*por los cuales se puede conocer con certidumbre la existencia de la voluntad, en los casos en que no se exija una expresión positiva, o cuando no haya una protesta o declaración expresa contraria*" (art. 918, Código Civil). Obviamente, la prueba será tanto más difícil cuanto menos formal sea la forma que se adopte para expresar la voluntad; si no se adoptó la exteriorización expresa –más aún, escrita– de declaración de la voluntad podrá luego haber serias dificultades de prueba. También habrá declaración tácita de voluntad en los escasos casos en los cuales el silencio tiene relevancia jurídica. Ello sucederá en supuestos excepcionales, por ejemplo, cuando tenga relación con declaraciones anteriores, ya que en principio el silencio no sirve como manifestación de la voluntad, en nuestro derecho (art. 919, Código Civil); o cuando la misma derive de una presunción legal (art. 920, Código Civil). Sin embargo, puede deducirse una manifestación tácita de voluntad de actos posteriores, que no hubieran sobrevenido de no haberse consentido actos –en el caso de tratamientos o prácticas médicas– anteriores. La relación médico-paciente no se da o se constituye, en general, por acto instantáneo, sino con cierta continuidad, y de los comportamientos de hecho pueden deducirse, en ciertas circunstancias y ante conductas inequívocas, que no den lugar a dobles interpretaciones, consentimientos tácitos. La larga relación hace más probable que un silencio tenga significado de consentimiento y ciertas actitudes omisivas o hechos positivos posteriores pueden valer como manifestación de voluntad. La cuestión debe dilucidarse a la luz de la buena fe.

Voluntad y toma de decisiones. Ahora bien, la interacción entre los médicos y los enfermos para llegar a tomar decisiones sobre un tratamiento concreto puede conceptualizarse desde dos puntos de vista: a) *Toma de decisión instantánea:* esta puede considerarse como acaecida en un solo momento. El formulario de consentimiento constituye el eje central del modelo y la comprensión por parte del paciente, aunque deseable en abstracto, es menos relevante que el suministro de la información. Se adapta bien a la moderna organización hospitalaria de división del trabajo, pero cristaliza el consentimiento informado como algo separado del ritmo propio y del contexto de la tarea médica; y, en consecuencia, parece impuesto por un sistema legal que no está del todo interiorizado de esta realidad; b) *Toma de decisión en el contexto de un proceso:* el modelo que entiende el consentimiento informado como un proceso se basa en la asunción que la decisión llega tras un continuo devenir y que el intercambio de información es permanente durante el curso de la relación médico-paciente. El otorgamiento de este consentimiento se basa en una relación especial de confianza, siendo múltiples sus ventajas y destacándose la participación activa del paciente en las decisiones, lo que importa la mayor identificación con las mismas y una mejor comprensión de lo que significa el tratamiento, alcanzándose normalmente el mejor cumplimiento de las medidas dispuestas de común acuerdo. En la jurisprudencia argentina de la última década, el tema de la voluntad del enfermo ante la necesidad de optar por un tratamiento médico, ha recibido una consideración especial en temas siempre vinculados a la doctrina de consentimiento informado, y más específicamente a supuestos de negativas a tratamientos médicos por objeción de conciencia o por otras motivaciones, en casos de pacientes terminales y ante solicitudes de autorización para procedimientos de esterilización en casos de mujeres en edad de procrear, entre otros.

Referencias

Elena I. Highton, Sandra M. Wierzba, *La relación médico-paciente: el consentimiento informado*, Buenos Aires, Ed. Ad Hoc, 2003, 2ª. edición actualizada y ampliada, cap. III.

Consentimiento en atención clínica

José Eduardo de Siqueira (Brasil) -
Universidad de Londrina

El paternalismo médico. El *juramento hipocrático* es probablemente el más antiguo texto moral que la humanidad conoce y es repetido en cada ceremonia de cierre de cursos de medicina, en todas partes del mundo occidental. Presenta la siguiente introducción: "*Juro por Apolo médico, por Asclepios, Higeia y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, cumplir en la medida de mis fuerzas y de acuerdo a mi criterio el juramento y compromiso que siguen...*". El énfasis en el criterio de decisión particular del médico ignorando la opinión del paciente está presente en varios otros textos de Hipócrates. En "Sobre la decencia", así se expresa el padre de la medicina sobre el comportamiento del médico a la vista de sus pacientes: "*Haz todo eso con calma y orden, ocultando al enfermo durante tu actuación la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura y distrae su atención, repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que va a pasar, ni de su estado actual*". Larga vida tuvo el paternalismo médico, siempre orientado por el principio de que el enfermo carecía de autonomía y era incapaz de tomar decisiones, siendo su única obligación moral, la obediencia. Delante del poder de decisión del

médico, le correspondía al enfermo solo el deber de acatar las orientaciones del profesional. Es de la mitad del siglo XV, el siguiente texto atribuido a Santo Antonio de Florencia: "*Si un hombre enfermo recusa las medicinas recetadas por un médico, llamado por él o su familia, puede ser tratado contra su propia voluntad, del mismo modo que un hombre puede ser retirado contra su voluntad de una casa que está por tumbar*". Al comienzo del siglo XIX Thomas Percival así se refiere a los derechos del paciente: "*Cuando un paciente hace preguntas que contestadas sinceramente pueden resultar en desventuras, sería un grave error revelarle la verdad. Su derecho a la verdad es dudoso o mismo nulo*". El primer código de ética de la modernidad producido en la mitad del siglo XIX, por la Asociación Médica Norteamericana, recibe una gran influencia de la obra de Thomas Percival y trae en su artículo 1º el siguiente postulado: "*El médico debe tratar con atención, constancia y humanidad todos los casos a su cargo (...) A la imbecilidad y a los caprichos de los pacientes debe conceder una disculpa razonable (...)*". El vínculo de la relación médico-paciente se asemejaba al de una familia, adjudicándose al médico la figura del padre y al enfermo el papel de hijo. Este modelo asimétrico de relación duró hasta comienzos del siglo XX, cuando pacientes norteamericanos pasaron a enjuiciar a médicos que omitían informaciones, impidiéndolos de tomar decisiones autónomas. La historia pasa a acumular sentencias judiciales penalizando a médicos que no respetaban las decisiones de sus pacientes. Una sentencia paradigmática fue la emitida por el Juez Benjamín Cardozo en el caso *Schloendorf versus* Society of New York Hospital en 1914: "*Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños*".

Respeto de la autonomía. A la vista de esta nueva realidad, los códigos de ética profesional pasan a reconocer al paciente como persona capaz de asumir decisiones autónomas y retiran de la categoría médica el poder de depositaria de la salud pública y, como consecuencia, el tradicional paternalismo médico pierde sustentación. En el año 1973 se edita el *Código de Derechos del Paciente de la Asociación Norteamericana de Hospitales*, el cual dispone que "*el paciente tiene derecho de recibir de su médico las informaciones necesarias para acceder su consentimiento, antes de iniciarse cualquier procedimiento y/o tratamiento médico*". Todos los códigos de ética pasaron a incorporar este nuevo mandato. El clásico paternalismo hipocrático sale de escena y la sociedad pasa a debatir los límites sensatos del ejercicio de la autonomía por parte de los pacientes para la toma de decisiones. Se abandona así la relación radicalmente asimétrica y vertical médico-paciente y se construye, aunque tímidamente, un nuevo pacto de relación, más horizontal y simétrico. En el año 1974, el Congreso norteamericano, preocupado con la carencia de control social sobre las investigaciones realizadas en seres humanos y reaccionando a situaciones de incontestable falta de respeto a los individuos sujetos de las mismas, constituyó una comisión con la finalidad de proteger a las personas sometidas a pesquisas médicas, iniciativa esta que condujo a crear la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. En la época, el caso más famoso y que generó enorme perplejidad pública, fue el *Tuskegee Study*, investigación realizada desde el año 1932 con negros de Alabama portadores de sífilis. La National Commission estableció como su objetivo fundamental la identificación de "*principios éticos básicos que orientarían la investigación en seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina*". Después de cuatro años de reuniones periódicas, la Comisión publicó el histórico Informe Belmont, que identifica tres grandes principios considerados esenciales para autorizar la realización de las mencionadas investigaciones: respeto por las personas (luego autonomía), beneficencia y justicia. *Autonomía* entendida como la capacidad de cada persona de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa para ofrecer espontáneamente su consentimiento para participar de cualquier experimento. Se crean entonces dos instrumentos para implementar las recomendaciones del Informe en todos los centros de pesquisas médicas. El primero, conocido como término de consentimiento informado firmado por el sujeto de la investigación después de haber sido instruido adecuadamente sobre la metodología y los objetivos del experimento y, en el caso de incompetencia del mismo para manifestar su propia voluntad, se propuso el término de decisiones de sustitución, firmado por los padres o responsables legales de los pacientes.

Consentimiento en atención clínica. El consentimiento informado en atención clínica es siempre dinámico y se fundamenta en el imperativo de máximo respeto a la dignidad del ser humano enfermo. La sociedad moderna exige que los médicos reconozcan la competencia de sus pacientes para la toma de decisiones relativas a procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados en sus propios cuerpos. Es preciso considerar, sin embargo, que si es reprobable la actitud paternalista, que no reconoce el ejercicio de autonomía de las personas, igualmente irresponsable será la "actitud de Pilatos", que aspira transferir sistemáticamente todas las decisiones para la esfera de

dominio de los pacientes, sin que ellos estén informados de manera adecuada. El profesional de la salud precisa reconocer que el consentimiento pleno ofrecido por el paciente, para cualquier procedimiento, solo podrá efectuarse después de que él haya sido suficientemente informado y haya comprendido todas las variables necesarias para tal decisión y, por tanto, depende por completo de la iniciativa y dedicación del médico. La relación médico-paciente necesariamente será dinámica, interactiva y conducida por un diálogo respetuoso, siempre considerando que el papel central en la toma de decisiones finales pertenece al paciente. La medicina moderna convive con el incremento expresivo de diagnósticos de enfermedades crónicas y un sinnúmero de posibilidades terapéuticas, cada una con sus propios riesgos y beneficios, lo cual hace el proceso de la toma de decisiones extremadamente complejo. Entre la actitud paternalista y el ejercicio no crítico de la autonomía radical concedida al enfermo, está la prudencia en la búsqueda de las mejores y más razonables decisiones concertadas entre los dos protagonistas, médico y paciente. Lamentablemente, se percibe una práctica inaceptable de considerar el término de consentimiento informado como un procedimiento burocrático para obtener del paciente un documento legal de protección del profesional de la salud contra eventuales procesos judiciales. Formulado inicialmente para permitir decisiones libres y autónomas por parte de las personas enfermas respecto a propuestas clínicas, el término consentimiento se ha transformado en un instrumento de protección jurídica de profesionales guiados por la ideología de la medicina defensiva. Es imperioso retomar el consentimiento como proceso de encuentro y diálogo entre el profesional de la salud y el paciente, ejercido desde la admisión de este en cualquier unidad de asistencia médica primaria hasta el alta definitiva efectuada en un hospital terciario. Además de informaciones suficientes y claras, no pueden aceptarse actitudes de coacción, ejercidas por familiares y/o profesionales, para condicionar la decisión del paciente, sobre los procedimientos clínicos. En la cultura latina a menudo se acepta que el médico ofrezca informaciones incompletas sobre la enfermedad con el objetivo de obtener cómodamente el consentimiento del paciente acerca de las propuestas sugeridas por el profesional. Este condenable tipo de manipulación también es ejercida por familiares que buscan tener el control sobre las decisiones terapéuticas y diagnósticas sin respetar la voluntad propia del paciente. En el año 1935, enseñaba el gran clínico español Gregorio Marañón en *Vocación y ética*: "*¡El médico, pues, debe mentir y no solo por caridad, sino por servicio a la salud! Cuántas veces una inexactitud, deliberadamente imbuida en la mente del enfermo, le beneficia más que todas las drogas de la farmacopea!*". Conocido como pacto de silencio es el común acuerdo realizado entre médicos y familiares para ocultarles a los pacientes informaciones consideradas, a priori, como dañosas para el equilibrio mental de los frágiles enfermos. Debe tenerse presente que la mentira invariablemente es un mal camino a ser adoptado. El paciente no pide mentiras piadosas, sino formas piadosas de aproximación a la verdad. Importante, sin embargo, es considerar que el camino que busca conocer la verdad difiere enormemente según las personas y los diferentes momentos de la vida de cada uno. Cualquier enfermedad genera diferentes grados de vulnerabilidad individual y construye obstáculos para la lucidez del paciente y el profesional de la salud no puede dejar de reconocerlos. Tanto la mentira piadosa como la verdad expuesta con frialdad e incondicionalmente por el profesional muestran la incompetencia de establecer un vínculo saludable entre el paciente y el médico.

El trato respetuoso de la información. La relación médico-paciente debe tener siempre como presupuesto su singularidad y la necesidad de respeto mutuo. La solicitud del paciente por información debe hacer que el profesional esté disponible para satisfacerla, sin dejar de considerar las situaciones comunes de fragilidad personal, miedos y hasta momentos de irracionalidad por parte del enfermo delante del sufrimiento no deseado. El flujo de informaciones en la relación médico-paciente debe someterse al respeto debido a los interlocutores y materializarse en acciones de lealtad y auténtico compañerismo. Para esto, no existe otro camino sino el del diálogo realizado con prudencia y discernimiento, pues a menudo ocurrirán situaciones que serán marcadas por momentos de silencio y de lenguaje no verbal llevado a cabo por ambos protagonistas. Es el paciente, sin embargo, quien debe escoger la forma, el ritmo y los límites de la revelación de las verdades referentes a su molestia, cabiéndole al médico ser leal y atento a las dudas e inseguridades del enfermo y sus familiares. Para que un proceso de decisiones clínicas tenga éxito es necesario considerar las expectativas de los participantes –médico y paciente– en la búsqueda de soluciones. Ambos deben estar de acuerdo en establecer un diálogo continuo sobre el conocimiento de las dimensiones de la enfermedad, y las perspectivas de investigaciones, tratamiento y pronóstico de la misma, teniendo en cuenta ventajas y desventajas de cada una de las decisiones a ser tomadas. Esta dinámica debe ser conducida, etapa por etapa, con tiempo para permanentes evaluaciones de todos los procedimientos y, siempre que sea posible, consensualmente adoptados. Hay, sin embargo, situaciones especiales que no permiten

el cumplimiento de todas las etapas deseadas: aquellas que abarcan procedimientos de urgencia, en los cuales se impone adoptar con rapidez los cuidados para la manutención de los datos vitales. Igualmente, los procedimientos de ciertos especialistas, como anestesistas e intensivistas, no siempre cuentan con el tiempo suficiente para una mejor interacción médico-paciente. Asimismo, otra situación que requiere ser considerada es aquella en la cual el paciente decide libremente transferir la responsabilidad por la toma de decisiones a su médico si su confianza en el profesional es bastante firme para este tipo de delegación de poder. Ello no significa pérdida de autonomía, sea que esta opción se dé por inseguridad o por búsqueda de una reducción de su ansiedad personal. Asimismo merecen especial atención las circunstancias especiales en que la toma de determinadas decisiones clínicas necesitan del apoyo de personas más próximas a los valores morales o a las creencias de los pacientes, como los de naturaleza étnica, religiosa o cultural. Los profesionales de la salud no deben oponerse a tales contribuciones. En síntesis, la relación profesional de la salud-paciente debe verse como un coloquio singular, que tiene inicio con el relato del sufrimiento personal del paciente, y que sigue con atención activa, diálogo, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, buscando la cura o el alivio de la enfermedad. No podrá ser en ningún momento el encuentro entre un técnico y un cuerpo enfermo, sino la cooperación entre dos individuos que, aún teniendo historias biográficas y formaciones profesionales diferentes, se estiman como personas que cultivan el respeto mutuo y el reconocimiento incondicional de la dignidad humana.

Referencias

A. Cordeiro, *Bioética para clínicos,* Madrid, Editorial Triacastela, 1999. - R. Faden, T. Beauchamp, *History and theory of Informed Consent*, New York, Oxford University Press, 1986. - D. Gracia, *Fundamentos de bioética*, Madrid, Eudema, 1989. - G. Marañón, *Vocación, ética y otros ensayos*, 3.ª ed., Madrid, Espasa Calpe, 1947. - L. Martin, *A ética médica diante do paciente Terminal*, São Paulo, Editora Santuario, 1993. - J. C. Tealdi, "Los principios de Georgetown: análisis crítico", en *Estatuto Epistemológico de la Bioética,* México, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2005. - National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report,* Washington, PRR Reports, 1979. - Tratados Hipocráticos I, Madrid, Gredos, 1983.

Consentimiento comunitario

Javier Luna Orozco (Bolivia) - *Universidad Nuestra Señora de La Paz*

El concepto de consentimiento. La realidad ampliamente diversa de los grupos que conforman las sociedades humanas, de acuerdo con características genéticas propias de su raza, idiosincrasia, cultura, religión, lengua y medio geográfico en el que habitan es, de por sí, un tema que debería llevar a un análisis mucho más profundo de las nociones de *consentimiento* que han venido aplicándose en la práctica médico-asistencial y en la investigación. Aceptar únicamente la definición médico-legal de *consentimiento informado* como "el que ha de prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento" es una definición limitada que no da lugar a considerar esa diversidad, situando a la persona en un contexto genérico que no considera la individualidad intrínseca que posee. Al concepto de *consentimiento informado* deberían agregarse las cualidades de *esclarecido y particularizado,* lo cual no solo requiere aplicar el *principio de información adecuada* para conseguirla, sino que esta información, a más de ser entendida y asumida por la persona, debe ser brindada previamente con una *actitud afectiva* que muestre y demuestre sinceridad, solidaridad y benevolencia, acordes con el virtuosismo y el carácter del *good doctor* del que nos habla James Drane y que los latinos lo definieron en el *vir bonus sanandi peritus*, es decir, hombre bueno (con la condición *previa* de bondad) experto o perito en el arte de sanar. Lo dicho se completa y se hace aún más complejo con las connotaciones filosóficas del giro aplicado al *casuismo* o *situacionismo* en el que podría ubicarse *el paciente individual*, considerado en su singularidad y dignidad particular.

Consentimiento comunitario. La complejidad es aun mayor si aceptamos que el consentimiento pudiera ir más allá del que brinda la persona enferma y sus familiares, y ser influido por otras condiciones, dígase sociales, económicas, religiosas o de otra índole, situándose en esa complejidad el denominado consentimiento comunitario sobre el cual no existe casi nada escrito, pero que se inscribe en una realidad muy propia de algunas sociedades indígenas americanas y probablemente de otras latitudes. Esto al menos es lo que se observa en los hospitales de Bolivia, como el Hospital de Clínicas de La Paz que, al ser público y no estar cubierto por la seguridad social, acoge a los grupos poblacionales más pobres, y por tanto vulnerables, constituidos en su inmensa mayoría por indígenas que tienen una fuerte raigambre rural de naturaleza comunitaria, donde las decisiones no las toma el individuo, sino el núcleo social agrario al que pertenece, bajo la égida de un cacique o curaca, y con un totemismo de dioses tutelares propios (*huakas*), distintos de los de la familia propiamente dicha (*konopas*), ya que "los mitos representan las

huellas psíquicas” impresas en el carácter de su pueblo. Esa sumisión a la opinión del conjunto ha calado hondamente en la psicología y el comportamiento de muchos pacientes y sus familiares próximos, que no deciden o tienen temor de decidir por sí mismos, en tanto no cuenten con una opinión de consenso colectivo, manifestada con la inclusión de allegados a quienes se respeta por ser padrinos, compadres o poseer cualquier otro rango en la comunidad de la cual procede el enfermo. Lo dicho se confronta con el principio de *autonomía* y el respeto a la *confidencialidad* de la bioética anglosajona, y es algo que debe saber interpretar y conducir muy prudentemente el equipo de salud a cargo del paciente, porque escapa de la ética convencional puramente regulada por normas, acercándose más al *diálogo entre extraños morales* de Engelhardt. A más de ello, está la necesaria adecuación de la atención médico-sanitaria a los hábitos y costumbres diversas que tienen los pacientes, desde la manera de vestirsen, la actitud que adoptan ante el médico o la lengua que hablan –que muchas veces requiere intérpretes–, hasta la posición de parto que prefieren las mujeres de determinadas etnias; sumándose la influencia del curandero y/o médico tradicional (*yatiri* o *callahuaya* de las culturas aymara y quechua), que puede actuar antes o después de la atención médica del paciente en el hospital.

Realidad latinoamericana, interculturalidad y etnomedicina. Todos estos factores, más o menos compartidos en muchas realidades latinoamericanas, determinan que la *interculturalidad* en las prestaciones médico-sanitarias de los países con una alta concentración poblacional indígena (México, Bolivia, Perú, Ecuador y algunos de Centroamérica), deba ser incorporada como un tema muy propio, tanto en la identificación y construcción de una bioética latinoamericana, como en la formación académica universitaria de los recursos humanos en salud y las disciplinas sociales relacionadas, acercándonos cada vez más al perfil social humanístico que debe tener el nuevo profesional en salud, con conocimientos de filosofía aplicada, antropología, sociología, geografía sanitaria, historia de la medicina, idiomas nativos, medicina tradicional local y formas de medicina alternativa, a más de la deontología y las éticas aplicadas. Afortunadamente, la *interculturalidad* está siendo incorporada, incluso en la práctica diaria de algunos hospitales, revalorizando el aporte de las muchas expresiones que tiene la etnomedicina, en especial en lo que hace al uso de plantas medicinales y otras substancias de origen natural que deben ser valficamente; como lo ha demostrado el XIV Congreso Italo-Latinoamericano de Etnomedicina, realizado en Ciudad de México, en septiembre de 2005. La gravitación del consentimiento comunitario no solo se da en la asistencia médica de los pacientes, sino también en los procesos de investigación que se desarrollan en comunidades rurales, requiriéndose, en muchas ocasiones, el consentimiento de las autoridades de la comunidad (corregidor, sindicato, incluso de una asamblea), luego de dejar en claro el impacto y la relevancia de la investigación, a más del mejoramiento de la salud y otros beneficios que pudiera darse a la comunidad. Lo mismo puede decirse frente a las enfermedades endémicas, cuyo control requiere necesariamente la participación de grupos sociales activos que previamente sean informados, sensibilizados y capacitados para coadyuvar en las tareas sanitarias a realizarse. Por último, una expresión de *consentimiento comunitario* es la respuesta misma que se logra de la población en general ante las muchas formas de medicina social, como las campañas promocionales de educación sanitaria, prevención de enfermedades infecto-contagiosas, saneamiento básico y ambiental, prevención de desastres y otras, que involucran a las personas en pro de sus propios intereses.

Referencias

James F. Drane, *Becoming a Good Doctor,* Sheed Ward, second edition, 1995. - Graciela Fernández, “El problema filosófico de la aplicación: casos y situaciones”*,* en *El giro aplicado, transformaciones del saber en la filosofía contemporánea*, Ediciones Universidad Nacional de Lanús, 2002. - Javier Luna Orozco, “Relación con los pacientes en el quehacer médico sanitario”, *Revista Boliviana de Bioética*, Vol. 1, N° 1, enero-junio, 2005. - Fernando Montes Ruiz, *La máscara de piedra,* La Paz, Editorial Quipus, 1984. - *Revista Latinoamericana de Química*, Suplemento especial XIV Congreso Italo-Latinoamericano de Etnomedicina Gonzalo Aguirre Beltrán, México, Edición Mixim, 2005. - Enrique Vargas Pacheco, “Investigación en salud, adecuada y aprobada éticamente”, *Revista Boliviana de Bioética*, Vol. 1, N° 1, enero-junio, 2005.

Cuerpo humano

En el concepto *cuerpo humano* se ha agrupado en medicina tanto el conocimiento de la anatomía y la fisiología humana como el de la biología y la embriología, la psicología y la sociología, la epidemiología y la bioestadística, la economía y la política, entre otras disciplinas científicas que tienen como objeto al hombre y lo describen como hombre 'normal' o 'patológico' o, en determinadas condiciones de salud, como población. Podría pedirse que ese conjunto de conceptos científicos fuera sistematizado de modo coherente por una antropología científica de la salud. Sin embargo, aunque esto ocurriera, la medicina y las ciencias de la vida con sus tecnologías conexas todavía estarían frente al desafío de pronunciarse en torno a la condición de 'humano' con la que se define ese cuerpo, desafío del que no pueden dar cuenta las disciplinas científicas. Haría falta en ese caso desarrollar una antropología filosófica de la salud que reflexionara en torno a la idea de ser humano y del paciente como persona.

El cuerpo en medicina y ciencias de la vida. La bioética ha venido a recoger los problemas de ese desafío. Para la tradición de habla inglesa ha sido fundamental el texto de Paul Ramsey, *The Patient as Person* (1970); para la de habla española, los trabajos de Pedro Laín Entralgo (1984, 1989, 1991). Por tanto, hablar hoy de cuerpo y corporeización (v.) resulta una vía de aproximación a esa problemática porque, aunque el conocimiento y la acción en salud han estado ligados a cuestiones referidas a la condición humana, nunca hasta ahora estas cuestiones habían sido tematizadas o convertidas en problemas filosóficos sobre los cuales es necesario reflexionar sistemáticamente para actuar. Y esto se debe a que la relación entre medicina y filosofía fue siempre ambigua, apareciendo a veces como proximidad y otras como distancia. En el tratado hipocrático *Sobre la medicina antigua* ya se especifica la visión de distanciamiento que, por ejemplo, la medicina toma de una filosofía de la naturaleza que por su carácter especulativo y abstracto no le sirve al médico para conocer la naturaleza del cuerpo humano, como pueden hacerlo la técnica y la ciencia: "*Ciertos sofistas y médicos dicen que no es posible para alguien conocer de medicina si no conoce lo que es el hombre y cómo fue hecho y construido, y que quien quisiera curar al hombre, propiamente, debe aprender esto en primer lugar. Pero diciendo esto más bien pertenecen a la filosofía, como Empédocles y ciertos otros han descripto lo que el hombre es en su origen y como fue él hecho y construido. Pero yo pienso que como sea que esto haya sido dicho o escrito por un sofista o médico en lo concerniente a la naturaleza tiene menos conexión con el arte de la medicina que con el arte de la pintura*".

Sin embargo, el médico hipocrático no niega que deba enfrentarse al problema del hombre. Lo que afirma es que el problema de la naturaleza del hombre puede ser resuelto por la técnica y la ciencia. En la actualidad, después de los cambios en el conocimiento científico introducidos por las ciencias humanas y de habernos enfrentado a lo que los médicos nazis hicieron en nombre de la profesión médica, después de haber trasplantado el corazón como símbolo mismo de la vida humana (v. *Trasplantes de órganos*), después de la concepción de un embrión fuera del vientre materno y de haber clonado células humanas y animales completos, después de haber condenado la esclavitud, la servidumbre y las discriminaciones por sexo, raza, religión y clase social, y de reclamar por el derecho al cuerpo propio (v.), el conocimiento y la acción en salud encuentran legítimo y pertinente el problema filosófico del hombre como problema de la medicina y las ciencias de la vida. Y es que la antropología filosófica puesta frente a la salud y la enfermedad se enfrenta hoy a problemas de una dimensión abismal (v. *Somatología*).

Cuerpo y derechos humanos. El cuerpo de la medicina y las ciencias de la vida y sus tecnologías conexas es también y a la vez un cuerpo de derechos. Y es que el cuerpo humano, entendido como forma de dignidad (v.), define nuestras prácticas concretas cuando entendemos a estas como aquellas en la que las acciones que realizamos no pueden dejar de lado de ningún modo a las señas de identidad (v.) de los otros seres humanos con los que nos relacionamos. En cambio el cuerpo humano, entendido como forma mercancía, supone un universalismo abstracto que postula una relación entre individuos aunque poniendo aparte sus señas de identidad (v. *Plasmaféresis: la sangre como mercancía*). Sin embargo, en el cuerpo nacemos, vivimos y morimos; en el cuerpo enfermamos y curamos; en el cuerpo amamos y sufrimos; en el cuerpo somos quienes hemos sido, somos quienes somos y somos quienes queremos ser (v. *La experiencia del cuerpo propio*). El cuerpo es individual, es particular, es singular, y sin embargo es el modo más potente de una universalización concreta porque es el único lugar donde podemos ser reconocidos por los otros y donde los otros pueden ser reconocidos por nosotros para construir una red

universal de relaciones interhumanas respetuosa de las identidades individuales y colectivas. El cuerpo humano es el único modo de relacionarnos en nuestra condición de seres humanos. Por eso la medicina, en tanto institución social cuyo fin es la atención y el cuidado de la vida y la salud del cuerpo humano, ha podido sostener durante siglos una ética universalista aún con las limitaciones de su paternalismo. Por eso la tortura (v.), al negar en el tiempo de su ejecución real o posible la condición humana de los cuerpos bajo tormento, o la desaparición de personas (v.), al privar a un cuerpo de un lugar de reconocimiento entre los otros, han negado y niegan toda posibilidad de universalismo moral. El mayor problema que han tenido los que han violado la más antigua de las obligaciones morales, la del no matar, es el qué hacer con el cuerpo de las víctimas. Por eso la figura del hábeas corpus, tan antigua al menos como la Carta Magna de 1215, tutela las garantías fundamentales a la vida y la libertad, y es uno de los mayores ejemplos de un universal concreto. Ese solo ejemplo sirve para ilustrar las inconsistencias de las éticas que se pretenden totalmente exentas de universalismo y de las bioéticas que se postulan disociadas de los derechos humanos. No es posible que haya alguien que diga practicar la bioética o se declare un político defensor de la democracia y niegue, haya negado, o postule negar el universal concreto del hábeas corpus. Esta negación ha caracterizado siempre a las dictaduras y a los imperialismos, al terrorismo de Estado (v.) y a las doctrinas de la seguridad nacional de los países imperiales. Por eso la negación radical del cuerpo humano, en tanto negación del sustrato material del universalismo moral, define el mal absoluto y es la negación radical, asimismo, de toda bioética.

[J. C. T.]

Somatología

José Alberto Mainetti (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

La revolución somatoplástica sobre la vida humana y la persona. La idea del cuerpo en la cultura occidental ha estado dominada por el dualismo antropológico y por el reduccionismo científico. Por un lado, la concepción dualista del hombre, las antípodas del alma y el cuerpo, el espíritu y la materia; por el otro, la constitución del cuerpo como organismo, su estatuto biológico en términos de anatomía y fisiología. La filosofía, las ciencias humanas y cognitivas han introducido en nuestros días una nueva visión del cuerpo humano, mientras que la revolución biológica lo somete a surrealistas "disecciones" y "distensiones" tecnocientíficas transformadoras de la "naturaleza" humana. Este giro pigmaliónico o antropoplástico de las tecnologías biomédicas genera la crisis posmoderna del sujeto y el problema de la personalización, vale decir la adscripción del carácter de persona al ser humano, por ejemplo en el principio y en el final de la vida (estatuto del embrión y concepto de muerte cerebral, amén del huracán que representa la revolución reprogenética sobre el árbol genealógico humano). Los dilemas morales que hoy definen la bioética responden fundamentalmente al impacto de la revolución somatoplástica sobre la vida humana y la comprensión y extensión de la persona. Se justifica así la novedad de la somatología o teoría científica y filosófica del soma como realidad, fenómeno y misterio del hombre.

La condición humana y el poshumanismo. El gran desafío de la somatología como filosofía del hombre es el llamado transhumanismo o poshumanismo, que considera posible y deseable mejorar esencialmente la condición humana, incluso alcanzar la eterna juventud y la inmortalidad mediante instrumentos como manipulación genética, nanotecnología, cibernética, farmacología y simulación computarizada (cerebro de silicón). No hay tal cosa como una "naturaleza humana" (en verdad un oxímoron); el *homo sapiens* es una especie en evolución y autotransformable técnicamente, de modo que la meta es el superhombre, utopía de la transición humano-poshumano y modernidad-posmodernidad. Más acá de la confrontación en materia bioética entre las posiciones poshumanistas y antiposhumanistas –en qué consiste tal "naturaleza" humana, y si ella fundamenta una cuarta generación de derechos humanos, los "naturales" o genéticos–, subyace la inquietud metafísica ante la disolución posmoderna del sujeto como horizonte ontológico, inducida por las nuevas técnicas del cuerpo. La modernidad remplazó la naturaleza cósmica por el *cogito sum* como punto fijo de referencia ontológica. La posmodernidad, a su turno, acabó con la idea de una naturaleza humana especular e invariante, la que deja de ser reparo inmodificable y da lugar a las inquietantes preguntas por nuestra identidad, nuestra relación con los otros, las especies vivientes y la evolución natural.

El mejoramiento de la naturaleza humana. Un nuevo capítulo de la bioética se abre con el uso

de las tecnologías médicas de optimización o mejoramiento (*enhancement*) de la naturaleza humana. En el contexto crítico del antiposhumanismo caben señalarse tres antropinos como epítome y paroxismo de la filosofía y la ética de la técnica. En primer término, la *trasgresión* de un orden divino o cósmico, la hibris de "jugar a Dios" o la contranatura tecnológica, argumentos inspirados por el terror de imaginables y probables escenarios siniestros. En segundo término, la *ambivalencia* de una medicina perfectiva, más allá de la terapéutica, que no se justifica ya moralmente por la enfermedad, resultando eventualmente "lo mejor enemigo de lo bueno" y extremando el coeficiente de adversidad, no solo real sino también simbólico, coextensivo a todo "progreso" humano. En tercer término, el *contrasentido* entre la naturaleza y la dignidad humanas, cuando la primera se define por la finitud y la segunda por la perfectibilidad, siendo lo real a la vez límite y posibilidad, y el ser y deber ser del hombre consistente en la negación de su negatividad. "Sabremos cada vez menos qué es ser humano" (Saramago, 2005).

Referencias

J. A. Mainetti, *Somatología. Anatomía de la persona*, La Plata, Quirón, 2004. - E.T. Juengst, Enhancement Uses of Medical Technology, en S. Post (editor), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, Macmillan Reference USA, 2004. Tomo I, págs. 753-757. - Ch. C. Hook, Transhumanism and Posthumanism, en S. Post (editor), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan Reference USA, 2004. Tomo V, págs. 2517-2520. - F. Fukuyama, *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*, Barcelona, Ediciones B, 2002. - J. Habermas, *El futuro de la naturaleza humana*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2002. - J. Saramago, *Las intermitencias de la muerte*, Buenos Aires, Alfaguara, 2005.

La experiencia del cuerpo propio

María de la Luz Casas Martínez (México) - *Facultad de Medicina de la Universidad Panamericana*

El desarrollo biotecnológico y la noción de cuerpo humano. Ante los avances biotecnológicos actuales, las acciones médicas sobre el sustrato corpóreo humano suscitan admiración y misterio, ya que agudizan la problemática tradicional entre lo natural y lo artificial, pues se dicotomiza lo creado con tecnología al ser aplicado al hombre. Lo biotecnológico tiende en ocasiones a cerrar el círculo *natura-cultura*, haciendo difícil definir sus tradicionales límites; en otras, a potenciar su diferencia. El cuerpo humano, considerado tradicionalmente lugar simbólico, donde el hombre proyecta las diversas visiones de sí mismo, se ha convertido en el lugar físico de las decisiones extremas y ahora es un novedoso campo de expresión de la libertad humana concretada en las diversas opciones sobre el mismo que, rebasando los actos terapéuticos, lo sitúan en el ámbito perfectivo y de opciones personales, alejando cada vez más de la consideración de lo humano la idea de necesidad y carencia. Así, la combinación de las interacciones entre una epistemología predominantemente experimental, la evolución de la tecnomedicina, la idea dualista del cuerpo, las reglas del mercado, por una parte, una visión social contemporánea orientada a los derechos humanos, por otra, con acento en el individualismo, han producido efectos imprevisibles en la actual visión de la persona sobre su cuerpo. De hecho estas ideas, a veces contrapuestas, han visto el cuerpo humano desde perspectivas diferentes, como sujeto y objeto, como todo y partes, como fuera y dentro del mercado. Tal situación reclama de la bioética acciones resolutivas, pero su planteamiento suscita, a la vez, resistencia y perplejidad, ya que los estudiosos están ante situaciones inéditas cuyas consecuencias se enmarcan en un ambiente de incertidumbre. En definitiva, los cambios socioculturales de los últimos siglos han modificado los conceptos de libertad, responsabilidad, pluralidad y tolerancia, lo cual ha contribuido a diversificar las ideas de la representación del cuerpo por la persona. Estos cambios inciden y modifican el paradigma de actuación en las áreas de salud. Por estas razones, la reflexión sobre el cuerpo humano constituye un aspecto fundamental de la filosofía contemporánea, sobre todo en el área bioética. En la actualidad se presentan muchas opciones y filosofías sustentantes que encuentran una realidad escindida: aborto, eutanasia, eugenesia, manipulación embrionaria, reproducción asistida, clonación, transgénesis perfectiva y decisiones de fin de vida, son algunos de los problemas que inciden y hacen urgente la elaboración de una idea clara y coherente del significado de la experiencia del cuerpo propio, así como de las posibles opciones que sobre él puedan ser realizadas con aval legal y ético.

Visiones sobre el cuerpo propio. ¿Cómo formula el sujeto la experiencia del cuerpo como propio? Del concepto antropológico sobre la propiedad del cuerpo se derivan diversas posibilidades de actuación ética y legal sobre el mismo. ¿Quién tiene derecho y qué derechos se tienen sobre el cuerpo propio? Para contestar estas preguntas puede hacerse referencia a dos componentes fundamentales. Por una parte, el hecho de la existencia corpórea: ¿Es el cuerpo mío o yo soy el cuerpo? Por la otra, el significado *humano* del cuerpo: ¿Experimentar mi cuerpo tiene un significado específico en mi especie? En el primer componente, la existencia corpórea se explica

por diversas teorías filosóficas que apuntan a formas diversas de interacción cuerpo-espíritu. Estas interpretaciones se mueven en torno al problema ¿cómo interactúa el hombre con su cuerpo?, lo cual se explica a través de varias ideas: a) La platónica, dualista, que señala la primacía del espíritu sobre la materia; unidos ambos sólo exteriormente durante la vida humana. Desde esta postura, el cuerpo concebido como materia es solamente un vehículo para el espíritu, verdadero valor de la persona. b) La aristotélico-tomista, que acentúa la estructura ontológica, donde materia y *forma* espiritual configuran una unidad sustancial e inseparable. Su representante es la postura hilemórfica de Aristóteles. Tomando en cuenta estas premisas, cuerpo y espíritu actúan inseparablemente y ambos elementos poseen un valor específico para la persona. c) La racionalista, basada en Descartes, constituye una postura dualista a través de una radical división entre cuerpo y conciencia; el hombre se identifica en especial con el último componente. d) La mecanicista, la cual considera que el ser humano es solo materia. Aduce que la conciencia es producto mecánico de la mente, considerada también manifestación de la materia. Se trata pues, de una idea monista, materialista. La existencia de procesos espirituales se identifica con las funciones de la mente.

Significados, atributos y expectativas sobre el cuerpo propio. Desde estas diversas visiones se aprecia que el cuerpo propio posee diversos significados, atributos y expectativas. Así, la perspectiva materialista, en su justificación, partirá de una postura inmanentista del hacer con el cuerpo. Ya que la materia solamente existe en un mundo semejante, no existen compromisos espirituales después de la muerte. Los actos de expectativa humanitaria se valoran en el hoy y ahora de la temporalidad material. En cambio, para las posturas que tienen en cuenta la existencia del espíritu, las realidades de actuación pueden ser ampliadas hasta la vida después de la muerte. Ambas posiciones implican profundas diferencias en la consideración ética ante el sufrimiento, la carencia y la muerte. Pero en la toma de decisiones sobre el cuerpo como propio no solamente intervienen las ideas enunciadas, sino que además se combinan con la percepción del cuerpo como propiedad. En la sociedad actual predomina la idea que, basada en la autonomía, el cuerpo es propiedad de la persona. Aunque este pensamiento es justificable, no es del todo preciso, ya que el sujeto como ser libre experimenta en diversos momentos el cuerpo como propio y a la vez como ajeno. Desde la visión fenomenológica, es posible afirmar que la experiencia del cuerpo propio se identifica con los actos humanos. Ante ellos es fácil percatarse de la unidad cuerpo-espíritu, pues el ámbito corpóreo es evidente y lo son también las funciones de la psiqué que rebasan los postulados científicos materiales. En la experiencia humana, los actos siempre son corpóreos porque se realizan en el ámbito espacial y temporal, o si se prefiere, existe una cualidad de duración y extensión en los actos corpóreos. Pero las funciones de la mente no son espaciales, sino incorpóreas; se aprecia en ellas un ámbito inmaterial y, como son experimentadas por la misma persona, aparece en esta una doble presencia de materia y no materia. El sujeto dice: yo pienso, yo amo, ambos actos inmateriales e incuantificables. De la misma forma puede afirmar: yo camino, yo hablo. Y en ambos casos es el mismo hombre.

Materialidad y espiritualidad del cuerpo propio. En términos generales, filosóficamente hablando, podemos señalar a los actos no materiales como espirituales. Es posible utilizar el término *corporeidad* para designar al cuerpo humano vivo, ser material-espiritual. Pasaremos entonces a una segunda reflexión. Aunque los actos materiales y espirituales suceden en la misma persona, se experimenta en la práctica una *tensión* entre cuerpo y espíritu. El sujeto reconoce la existencia de ambas entidades, la interacción, pero a la vez la disyunción de los componentes. El cuerpo aparece como *mío* en el acto libre, sea físico o mental, pero a la vez la persona vive los límites de su acción voluntaria sobre el cuerpo ante aquello que se escapa al ejercicio de su arbitrio: la experiencia de la enfermedad, la vejez, la limitación física o mental y la muerte. El humano es el propio cuerpo; sin embargo, tiene cuerpo, porque no lo posee nunca perfectamente. En ocasiones, la mente ordena y el cuerpo no responde; en otras, el cuerpo actúa y la mente no puede controlarlo. Estas experiencias dan sentido específico al cuerpo como propio y a la vez ajeno, de una corporeidad, espíritu y materia unidos positivamente y a la vez en tensión constante. Esta *tensión*, que permite la identificación-no identificación cuerpo-espíritu, conforma entonces al ser humano como una *unidad-dual*, ser uno y a la vez no ser sólo uno. Desde esta perspectiva, la vivencia del cuerpo como propio no significa propiedad. La postura kantiana ha otorgado un especial significado al cuerpo vivo como persona y no como cosa. Para Emmanuel Kant: *"El hombre no puede disponer de sí mismo porque no es una cosa; no es su propiedad; decir eso sería contradictorio; ya que si es una persona es un sujeto en donde se inviste la propiedad, y si él fuera su propiedad, sería una cosa, sobre la que tiene propiedad"*. Por ello un hombre no es su propio dueño, dispone del cuerpo mientras vive, y solamente en sentido beneficente. Nadie tiene derecho de dañarse o dañar a los demás. No hay un derecho irrestricto del hombre sobre su cuerpo. En bioética, esta teoría es

la base actual de la gratuidad de los trasplantes entre humanos y de la prohibición de la comercialización de los órganos y del genoma, así como de la jerarquización del principio de beneficencia en los actos médicos. En esta teoría se aprecia con claridad el hecho señalado anteriormente: somos el cuerpo, pero rebasamos la materia a través del concepto de dignidad de la persona. El cuerpo humano no es un simple objeto, sino un ser corporal que se expresa humanamente, porque está configurado intrínsecamente en forma espiritual. El ser humano es en sí un símbolo, en forma más específica por las funciones del espíritu, pensamiento, voluntad, libertad, que a la vez son funciones del cuerpo, porque el cuerpo no es sólo vehículo, sino compuesto del ser humano. Para Merleau-Ponty, el cuerpo humano está impregnado del significado espiritual de la persona, y solamente si es comprendido en totalidad podrá actuarse éticamente frente a él.

Significados del cuerpo propio. ¿Cuál es el significado del cuerpo propio? Lo importante del cuerpo vivo y propio es que sus actos poseen significado y expresión específicos: los de la *humanidad.* Muchos autores, en especial fenomenológicos, han descrito estos significados del cuerpo. En su forma relacional se refieren específicamente a *la persona,* quien vive su propia existencia a través del cuerpo y a través de él se expresa a los demás hombres. El cuerpo es presencia en el mundo, el lugar de comunicación con el otro, el origen de la instrumentalidad y la cultura. La expresión del cuerpo y sus funciones están llenas de simbolismo y de intención en el humano, que implican no solo una actitud mental psicológica, sino una intención valorativa, que en el aspecto positivo hace la diferencia con la conducta animal: la conducta humana es humanizadora. Ante la consideración del ser humano vivo, como corporeidad, el significado del cuerpo humano es múltiple en su expresión y ejemplifica un ser único. El cuerpo se manifiesta en: a) un significado personal: Yo, en mi existencia; b) un significado comunitario: ser con y para los demás; c) un significado trascendente: yo, como humanizador y transformador del mundo. El ser humano, ser en el mundo, ser social, experimenta la relación con los demás a través de la responsabilidad. Debemos algo a quienes nos precedieron, y tenemos responsabilidades para quienes nos sucederán; la vida es una liga moral. Las acciones sobre nuestro cuerpo tienen implicaciones sociales, como sucede con algunas prácticas de la moderna medicina: tecnología reproductiva, cirugía cosmética, trasplantes y genética, entre otras. Por ello, la persona no puede actuar solamente bajo decisiones de una autonomía solipsista, sin considerar la justicia. El concepto de autonomía ilimitada de la persona sobre su cuerpo queda truncada por la propia experiencia de la vida limitada ante los demás y ante sí mismo. El movimiento de la mano, la visión, la articulación de sonidos, tienen un significado específico: la expresión hacia el otro, la apreciación de la belleza, el lenguaje. No vive sus actos la persona en un mero automatismo, una causa-efecto meramente biológica. Existe, detrás de la mayoría de las acciones humanas, una intención y un significado personal, esto es, individual y a la vez intersubjetivo. No es el ojo el que ve, sino que yo veo a través del ojo; yo interpreto, yo razono, me emociono, a través de lo que el ojo capta, y yo envuelvo esas aferencias en una serie de correlaciones y memorias con significado personal. Las percepciones corporales se vuelven sensaciones y emociones con carga psicológica, se vuelven parte de mí, de mi sistema de recuerdos, de lo que soy yo como una construcción histórica de encuentros con significados, y estos a su vez son ligas de intercomunicación con los demás y el entorno. Estos significados, elaborados a partir de las sensaciones, son propios, internos, pero a la vez, poseen un marco comunicable a los demás, poseen una coherencia con el sistema de interpretación humana. Mis vivencias pueden ser comunicadas, aunque nunca totalmente; son mías, propias, intransferibles, pero en gran parte comunicables. Esa posibilidad y esa carencia son la base de la potencialidad y el obstáculo de la relación humana. Mis sentimientos son, en gran parte, imposibles de vivir plenamente por el otro, pero no hasta el grado de no poder ser captados en sentido empático por quienes desean comprenderlos. En consecuencia, los sentimientos más profundos son un misterio, como señala Marcel, y ese misterio a su vez provoca una necesidad de comunicación, nunca satisfecha, pero siempre presente, que alimenta la necesidad de tratar de continuar en la búsqueda de una mejor intercomunicación humana. Diego Gracia aporta otra parte de la visión del cuerpo como propio: *El cuerpo es siempre 'mi' cuerpo, se identifica conmigo, con mi personalidad e identidad, con el yo, es el instrumento donde realizo mis proyectos, y se define por principios como el de autonomía. Pero al mismo tiempo, posee una intransferible dimensión genética y social. Pertenece a la especie y solo tiene sentido en la dimensión de los seres humanos, opuesta a la dimensión individualista*. Los actos que realizo con *mi* cuerpo tienen una repercusión social, una liga de responsabilidad. Es también cierto que uno puede aceptar su corporeidad o rebelarse ante ella. Aceptar posibilidades y límites individuales, significados y responsabilidades que se ejercen con y a través del cuerpo. Pero habrá que aceptar en gran parte que el propio cuerpo es una determinación y una relativa libertad. La libertad, aunque limitada, posibilita

desarrollos diversos que inciden en la corporeidad como un todo. El ser humano es acto y proyecto; hay una dimensión dialéctica entre la situación y el proyecto que está más allá del aquí y el ahora. Por mi proyecto trasciendo, y ello incluye la corporeidad; no puedo trascender sin mi cuerpo. Esto significa que el ser humano puede trabajar un proyecto de corporeidad sin negar sus límites, ni desconocer sus posibilidades. La corporeidad se vive, pero se comprende en forma ambigua, se experimenta en parte como instrumento, porque a través de él se realizan los actos que la interioridad planea. Esto resulta reduccionista en la reflexión kantiana, porque sería como tomarse a sí mismo como medio y no como fin. Marcel ya lo señalaba: "... *esta comunidad es indivisible, yo no puedo decir legítimamente: yo y mi cuerpo. La dificultad radica en que pienso mi relación con mi cuerpo por analogía a mi relación con mis instrumentos*".

Cuerpo y corporeidad. En gran parte, la biología ha contribuido a una visión instrumentalizada de la corporeidad. Por esta visión mecanicista, la persona considera que las funciones de la mente y el cuerpo se basan en la concepción dualista. Es verdad que el cerebro realiza las funciones de la mente, pero esto sucede porque la mente y la materia están juntas en ese concepto llamado persona o corporeidad. La relación con el ser humano no puede ser nunca sujeto-objeto; el cuerpo humano jamás es solo objeto, y no existe relación con un sujeto sin cuerpo. La experiencia inmediata no me hace ver el cuerpo como una cosa objetiva, identificable y confundible con otras cosas objetivas. Lo propio de las cosas es la exterioridad respecto a la persona humana, la posibilidad de disponer y de deshacerse de algo. Pues bien, no puedo tratar el cuerpo lo mismo que a una cosa objetiva. No puedo deshacerme de él. Lo puedo observar y mirar de algún modo, pero solo en la medida en que al mismo tiempo lo considero idéntico conmigo mismo. Para Marcel, hay que decir más bien que *yo soy mi cuerpo*, que soy corpóreo. También es posible que el hombre corpóreo pueda ser considerado desde dos aspectos diversos: como cuerpo orgánico y como cuerpo humano. El aspecto corpóreo orgánico de la persona es vivido indiscutiblemente en la pertenencia al mundo de los vivientes. Desde este punto de vista, pueden encontrarse en el hombre todos los aspectos objetivos que se encuentran en otros mamíferos, y ser descritos por las ciencias de la naturaleza, pero existe otro componente inseparable: el no material. Por este último el cuerpo humano vivo otorga la posibilidad de realización de la libertad y la interpretación del mundo; por tanto, la posibilidad de ejercer nuestros deberes morales, y por ello, la corporeidad, debe respetarse. El cuerpo como propio es la vivencia de la realización de la persona, su sentido humano en diálogo con los demás. En la práctica, las decisiones sobre aborto, eutanasia, tecnología reproductiva, manipulación genética, neuropsicofisiología de las funciones mente-cuerpo, entre otras, son problemas bioéticos ligados a la vivencia del cuerpo como propio, esto es, de la corporeidad.

Referencias

Immanuel Kant [1785]. *Grundlegung zur metaphysik der sitten*, Hrsg. von Karl Vorlander, Hamburg, 3ª ed., Meiner, 1957. - Maurice Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945. - Gabriel Marcel. *Le mystère de l'être*, 2 vols. Paris, Aubier, 1951.

Cuerpo y corporeización

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

El cuerpo humano como mecanismo. Cuando Descartes distinguió como elementos constitutivos del ser humano la *res cogitans* o sustancia pensante y la *res extensa* o sustancia material, generó una dicotomía que en forma de alma-cuerpo o mente-cuerpo continúa causando problemas filosóficos insalvables en el intento de explicar cómo dos sustancias tan diversas pueden interactuar e influenciarse entre sí. La segunda consecuencia del pensamiento cartesiano fue el concepto del cuerpo como máquina, idea que fue extremada por su discípulo La Mettrie, para quien no solo el cuerpo sino el ser humano entero es un mecanismo. Esta perspectiva hizo confiar a las ciencias naturales que podrían dar cuenta cabal de la biología humana normal y patológica de manera que la medicina como ciencia terminaría por curar y eliminar toda forma de enfermedad. Tal actitud sigue predominando en aquellos médicos que se desentienden de la subjetividad de sus pacientes y se apoyan en el concepto científico-natural de la medicina, como emergió a partir del siglo XIX, renovado recientemente, basado en evidencia. Subproducto de este cientificismo es la proliferación de investigaciones biomédicas con seres humanos que, con el pretexto de conquistar nuevas fronteras del conocimiento y estar preparando importantes progresos para el futuro, están comprometiendo la participación de probandos para estudios en gran medida superfluos, de utilidad solo para las minorías pudientes –la brecha 90:10–, con riesgos encubiertos y nulos beneficios para sujetos de investigación y naciones-huésped. Es el desprecio del cuerpo [vulnerado] de los desposeídos en beneficio del cuerpo [privilegiado] de las minorías pudientes.

Cuerpo vivo y cuerpo vivido. La filosofía de la medicina ve al médico estudiando el cuerpo enfermo desde una perspectiva general, como un sistema

biológico cuya avería debe ser tipificada y clasificada nosológicamente, aplicando una mirada cognitiva y teórica sobre el paciente como individuo cuya existencia es particular y única. El ideal es que la ciencia del cuerpo esté al servicio del cuidado de la persona. El cuerpo humano se presenta como un cuerpo vivo –un sistema biológico– y un cuerpo vivido –una conciencia de corporeidad–. El ser humano es cuerpo y tiene cuerpo; la subjetividad toma conciencia del cuerpo porque es una realidad dada –circunstancia– y porque es un conjunto de posibilidades –potencialidad–. La libertad, la prosecución de un proyecto existencial, la aristotélica búsqueda de la felicidad o el religioso anhelo de trascendencia pasan todos por tomar decisiones con respecto al propio cuerpo: de cuidado, renuncia, estimulación, exigencia, obsequio, modificación, mortificación. Desde el ayuno hasta la mutilación genital, desde la gastronomía hasta la moda, el deporte, la cosmética, los exámenes médicos preventivos, son actitudes con que los individuos viven su cuerpo desde determinada visión de mundo. Aunque estas actitudes parecen nacer de idiosincrasias singulares, debe reconocerse que los determinantes sociales tienen enorme fuerza para influir sobre cómo vivirá cada uno su cuerpo. El ejemplo más craso es la mutilación genital femenina que se practica en muchos países. La inspiración de esta práctica es religiosa, pero sus consecuencias sociales son profundas: las mujeres no circuncidadas tienen escasas posibilidades de casarse, con lo cual quedan marginadas de la protección económica del matrimonio.

Cuerpo y medicina antropoplástica. Las sociedades occidentales contemporáneas han creado una perspectiva inédita que podría denominarse el cuerpo espectacular, es decir, la presentación pública del cuerpo con fines más amplios que los estrictamente decorativos. La inversión de esfuerzos y recursos cosméticos y médicos en el cuerpo persigue fines lucrativos, supuestamente mejorando las posibilidades de empleo en un mercado competitivo, así como cumpliendo objetivos de retrasar desgastes y prolongar funcionalidades biológicas. Este cultivo del cuerpo, al cual la cirugía plástica y, en un futuro cercano, la genética rinden incondicional tributo, genera un nuevo cisma social pues el acceso a –y la adquisición de– estas ventajas corpóreas queda reservado a los pudientes. La medicina del trasplante refleja la ambigüedad cultural de la actualidad con respecto al cuerpo humano. Desde una perspectiva, se celebra la capacidad de remplazar órganos irremediablemente deteriorados, con la correspondiente ganancia en calidad y extensión de vida; desde otra, se muestran enormes reticencias por obtener órganos trasplantables, llegando al extremo que los familiares rescinden los deseos del donante fallecido y niegan la extracción. Con el nombre de "antropoplástica" (Mainetti, 2003) se designa la exacerbación de las remodelaciones artificiales del cuerpo, que hasta ahora se conforman con modificar lo existente pero que, con el advenimiento de la genética, atienden deseos transformativos como la detención del proceso de envejecimiento o la duplicación de las expectativas de vida. Se trata de una medicina desiderativa que ha abandonado la distinción entre enfermedad y salud, regulando sus actividades por factores de mercado y no por requerimientos de restauración biológica. Estas prácticas tendrán repercusiones sociales y, lo más importante, generarán políticas discriminatorias a medida que las poblaciones de países más desarrollados mejoren proactivamente sus parámetros vitales y obtengan ventajas biológicas sobre los habitantes de países pobres. Las relaciones entre los pueblos amenazan regirse por diferencias raciales artificialmente logradas. Los movimientos antropoplásticos no son privativos de la medicina. El estatus tradicional de la técnica como extensión y ampliación del cuerpo humano se amplía a una literal "in-corporación" donde los productos técnicos se constituyen en elementos esenciales para la manutención de procesos vitales –aparatos de diálisis, órganos artificiales, implantes, prótesis sustitutivas– que llevan a hablar del cuerpo tecnificado (Nancy, 1992).

La degradación del cuerpo por la biopolítica. El siglo XX ha abierto acepciones inéditas del cuerpo humano en el orden político. Las soberanías totalitarias, convirtiendo lo ilegal en ley y la constitucionalidad en dictadura, escindieron las sociedades bajo su dominio en ciudadanos y excluidos, estos últimos privados de todo rasgo existencial más allá del desnudo cuerpo. Es el *homo sacer* –vida desnuda– de Auschwitz, del Gulag, pero también de regímenes que en forma más sutil decretaron estados de emergencia que los eximiesen de respetar los derechos básicos de todos los ciudadanos por igual, creando nuevas cohortes de individuos reducidos a pura biología en el *apartheid,* en los ghettos, en naciones infestadas de hambre y miseria, asimismo en países que exacerbaron sus medidas antiterroristas. La vida humana –*bios*– es degradada a mera vida animal –*zoe*–. Las personas reducidas a pura corporalidad han sido expulsadas del ámbito de la ley, son huérfanas de derechos, sometidas a una biopolítica que trata a los excluidos como ejemplares, como cabezas de res, al punto de tatuarlos con una marca identificatoria (Agamben, 2004). A despecho de muchos siglos de renuncia al cuerpo y de una larga vigencia de movimientos religiosos que predican el ascetismo, la modernidad ha ido creando nuevos ámbitos de cuidado y celebración del cuerpo, pero también formas más

depuradas de maltratarlo. Las torturas han sido parte de la historia de todos los tiempos, pero ahora se esgrimen argumentos éticos –en bioética, ética y salud pública, ética militar– que intentan justificar la tortura al prójimo, si es en pro del bien común. Con profunda desazón uno encuentra en la literatura bioética artículos que aceptan la tortura, proponen el remplazo de sevicias por "interrogatorios duros" consistentes en aflicciones suficientemente intolerables para obtener información deseada. En supuesta fidelidad a la salud pública que coarta al individuo en nombre del bien común, proponen estos defensores de la tortura el sacrificio del cuerpo, eventualmente de la vida, de individuos en pro de un presunto bien público, en flagrante violación de la bioética cuyo fundamento es la no maleficencia. La aceptación de la tortura por algunos bioeticistas es otra muestra palpable de una biopolítica que degrada el cuerpo a mero objeto, exprimible y destruible para fines "superiores".

El paciente como persona ante el poder y la instrumentalización. La medicina antropológica de la primera mitad del siglo XX hizo ver que lo enfermo no es solo el cuerpo, sino la persona, con su biografía, su subjetividad, su modo singular de estar-en-el-mundo y relacionarse con los demás. Herederas intelectuales de esta escuela fueron la medicina psicosomática –que buscaría integrar etiológicamente psiquis y soma– y la bioética –que enfatiza en los valores del paciente en los afanes terapéuticos–. La antropología biológica –Plessner, Portman, Gehlen– y la antropología médica –Laín Entralgo, Kleinman– han hecho la disección fina de lo que caracteriza al ser humano dotado de psiquis y al ser humano enfermo en cuanto subjetividad (Kottow y Bustos, 2005). El puente entre el cuerpo como objeto médico y el sujeto como paciente enfermo lo da la anamnesis, es decir, la rendición narrativa por la cual el paciente se identifica, se personaliza (Toulmin, 1993; Alanen, 2004). Estas nuevas actitudes hacia el cuerpo humano, tanto las que lo veneran como las denigrantes, están atravesadas por un insalvable sesgo de poder que desfavorece a las naciones y comunidades más pobres, aumentando la brecha socioeconómica y amenazando crear, en forma inédita en la historia de la humanidad, un hiato de orden biológico: los pudientes vivirán más y mejor; los desposeídos concentrarán las cargas de patología, de genomas dañados y la deficiente adaptación al medio ambiente. La medicina es el guardián del cuerpo humano y de él recibe el encargo terapéutico, mas este encargo debe ser un fin en sí, libre de toda interferencia o instrumentalización. Cuando la cultura o la política dictaminan intervenciones en el cuerpo humano, atropellan la autonomía de las personas y desatienden los fundamentos de la ética, desacatos que son más probables e intensos mientras más marcadas sean las brechas de poder.

Referencias

G. Agamben. *Estado de excepción*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo (ed.), 2004. - P. Alanen. "The problem of knowledge in medicine", en M. Evans, P. Louhiala y R. Puustinen (eds.), *Philosophy for Medicine*, Oxford-San Francisco, Radcliffe Medical Press 2004: 29-45. - M. Kottow y R. Bustos. *Antropología médica*, Santiago, Editorial Mediterráneo, 2005. - J. A. Mainetti. *Somatología*, La Plata, Editorial Quirón, 2003. - J. L. Nancy, *Corpus,* Metailiäe, Paris 1992. - S. Toulmin. "Knowledge and art in the practice of medicine: clinical judgment and historical reconstruction", en C. Delkeskamp-Hayes y M. A. G. Cutter (eds.), *Science, technology and the art of medicine*, Dordrecht, Kluwer Acad. Publishers, 1993: 231-249.

Derecho al cuerpo propio

Dora Porto (Brasil) - *Universidad de Brasilia*

Dimensión individual y colectiva del derecho al cuerpo propio. El derecho al propio cuerpo es condición existencial inalienable de todos los seres humanos. Inherente a la vida, ese derecho emana de dos parámetros que se sobreponen: la legitimidad, facultada por la existencia misma de la persona en el mundo, manifiesta como ser moral y social en la materialidad de su cuerpo; y la legalidad, socialmente otorgada por normas y leyes, delineadas en el intento de salvaguardar la vida de los individuos y del cuerpo social asegurando su dignidad. En la dimensión individual, ese derecho se manifiesta en la capacidad de elegir y en el poder de decidir sobre la existencia, por sí y para sí mismo, incluida la deliberación sobre la continuidad de la propia vida y, si es posible, sobre su término, la muerte. En la dimensión colectiva, presupone no sólo la garantía social de la existencia, sino también de los medios para el disfrute de la vida con dignidad y calidad, incluidos los necesarios a la conducción de su término en las mismas condiciones, siempre que esto exprese la legítima voluntad de la persona. El reconocimiento concreto, ontológico, social y legal del derecho al propio cuerpo de cada persona debe ser medido por la respuesta efectiva de la colectividad, del Estado y de las instituciones y organizaciones a las necesidades específicas de individuos y grupos.

Poder de uso del cuerpo y derecho al cuerpo propio. Aunque el derecho al propio cuerpo sea inherente a la existencia del ser, no se consustancia como realidad manifiesta para todos, pues muchas personas tienen el derecho de disponer de su cuerpo como se les antoja, y otras no. Además, algunas pueden determinar cómo deben disponer otras de su propio cuerpo, y estas deben de someterse a

aquellas. Lo que determina tal diferencia es la posición del individuo en la estructura social, que condiciona los roles por desempeñar y vuelve palpable la relación entre el poder de uso del cuerpo y el derecho al propio cuerpo. Históricamente, se observan diversos tipos de cesiones de poder y derecho relacionadas a la supervivencia y al proceso productivo. El trabajo marca el ritmo de la vida cotidiana, condiciona el uso del cuerpo y dispendio del tiempo. La capacidad de elegir y el poder de decidir sobre sí mismo derivan de esa interpretación arbitraria, pero socialmente legitimada y compartida, de la situación de vida de la persona con relación a su capacidad de garantizar la propia supervivencia. Esta interpretación está mediada por el significado y valor atribuidos al sexo, edad y a la condición de salud física y mental de la persona. El valor conferido a esas características produce recortes que se interpenetran, definiendo grupos que pueden ejercer el poder sobre sí y otros que no poseen esta capacidad.

La negación del poder y el derecho al propio cuerpo para las mujeres. En la comparación entre los patrones de cesión que confieren o imposibilitan el derecho al propio cuerpo en las sociedades latinoamericanas, se destacan los que dibujan los roles de género. Esta primera forma de apropiación del cuerpo y del trabajo puede ser percibida en la imposición sobre el uso del cuerpo y de los productos que pueden ser generados por el cuerpo de la mujer. La cosificación del cuerpo femenino, la idealización de patrones de comportamiento subordinados, el cercenamiento de la sexualidad, las imposiciones sobre el embarazo y el parto son algunas de las manifestaciones de la supresión del derecho al propio cuerpo impuestas a las mujeres. Muchas veces están amparadas por las legislaciones. En el plan social, la negación del poder y del derecho al propio cuerpo para las mujeres está marcada por obstáculos a la obtención de conocimiento para transformar su situación, como el acceso al idioma nacional o a la educación formal. Además, el trabajo que les es imputado milenaria y universalmente, la manutención del hogar y el cuidado de sus habitantes, no es reconocido y valorado como actividad productiva, configurándose real apropiación de su tiempo y energía. En cualquier lugar de Latinoamérica las mujeres disfrutan menos el derecho al propio cuerpo que los hombres, pues se levanta un sinnúmero de obstáculos culturales, económicos y sociales para restringir su poder de decisión sobre su propio cuerpo.

La apropiación del cuerpo en niños, ancianos y enfermos. La apropiación del cuerpo y del poder de decidir sobre él afecta también a los niños y ancianos. En lo que respecta a los niños, esto deriva de la natural dependencia del recién nacido y de la vulnerabilidad del niño al ambiente, al medio social y a la cultura en la que vive. La interpretación que cada sociedad o grupo atribuye a la niñez puede aumentar o disminuir el periodo en que al niño se le priva el poder y el derecho de decidir sobre su propio cuerpo. Con relación a los ancianos, la apropiación del poder y del derecho de decidir sobre su propio cuerpo también cambia entre las distintas sociedades. En aquellas en que el modo de producción tiende a reproducir procesos tradicionales de relación con el trabajo, el conocimiento de los ancianos es más valorizado, lo que les otorga mayor poder y derecho. En las sociedades en que el proceso de trabajo es asociado a transformaciones tecnológicas, ya no ocurre lo mismo. Igual a los niños, la inadecuación al proceso productivo acentúa la vulnerabilidad del anciano, repercutiendo en su capacidad de elegir y en el poder y derecho de decidir sobre su cuerpo y su vida. Con relación a las condiciones de salud física y mental, el poder y el derecho de decidir sobre el propio cuerpo varían entre las diferentes sociedades y grupos, así como difiere la conceptuación de la salud y enfermedad en cada contexto. En general, es posible decir que los factores que impiden el ejercicio del poder de decisión y el disfrute del derecho al propio cuerpo en personas cuya salud física o mental sea considerada comprometida se relacionan con la imposibilidad de la persona de exteriorizar explícitamente su elección con relación al propio cuerpo y con la incapacidad de hacer valer su voluntad, sobre todo si tal elección contradice la moralidad vigente sobre las cuestiones que involucran la vida y la muerte, como ocurre en diversas sociedades latinoamericanas con relación al aborto y la eutanasia.

El derecho al propio cuerpo en América Latina. Sobre estos patrones estructurantes se organizan los factores que condicionan otros aspectos de la división del poder, que derivan de la colonización latinoamericana, de la explotación sistemática de la tierra y del etnocidio contra las poblaciones nativas. La explotación y la esclavización de las poblaciones amerindias fueron una constante que delineó la desigualdad en todo el continente. La presencia de los negros africanos, trasladados a distintas partes de Latinoamérica en condición de esclavitud, fomentó la reproducción de la desigualdad, anclada en criterios étnicos, de color y raza, que aún marcan la exclusión social y la marginación económica de la mayoría de la población. La esclavitud niega el derecho al propio cuerpo. Después de la independencia, esta perversa herencia colonial se volvió aún más pesada por los sucesivos golpes de Estado y los gobiernos dictatoriales, que consolidaron el poder de las elites, instaurando creciente asimetría entre los distintos

segmentos y grupos en cada sociedad. El interés en la manutención de los privilegios económicos de la minoría conquistó prioridad sobre las necesidades colectivas de la mayoría. Aun cuando las leyes de los Estados prescriban la igualdad legal, la realidad en que viven mujeres, niños, indígenas y negros es marcada por la miseria, que restringe el poder de decidir sobre el propio cuerpo. La inserción de Latinoamérica en la economía de mercado contemporánea agravó aún más este panorama. Circunscrito al factor económico, el poder se concentra en las manos de los que pueden pagar por los beneficios del consumo, disminuyendo drásticamente la capacidad de elección y el poder de decisión sobre la propia existencia para los individuos, grupos y segmentos, social y económicamente excluidos. Al crear pasiones y manipular deseos, el comando invisible del mercado globalizado sostiene la ideología que asocia consumo y placer: el consumo es identificado con el supremo placer porque a él se atribuye la capacidad de garantizar todos los placeres, de la dimensión física a la social. En virtud de eso, el derecho al propio cuerpo se convierte cada vez más en una abstracción que pasa a lo largo de la vida concreta de las personas. La negación del derecho elemental a decidir sobre algo tan inherente y básico como el propio cuerpo, el vehículo de la existencia, establece un desequilibrio entre la experiencia del placer y del dolor. El placer es facultado apenas a los que pueden refugiarse en las islas del consumo, mientras que los demás deben sumergirse en el dolor, a la deriva en los males de la miseria colectiva. Para que el derecho al propio cuerpo pueda ser, de hecho, condición existencial inalienable de todos en Latinoamérica, es preciso alterar el cuadro de exclusión, considerando la perspectiva autóctona como punto de partida. En este sentido, la bioética latinoamericana tiene un papel fundamental, pues regresa la discusión ética a sus orígenes, la arena social, apuntando formas de intervención que puedan garantizar respuestas efectivas a las necesidades específicas de individuos y grupos.

Plasmaféresis: la sangre como mercancía

Melba Barrantes Monge (Nicaragua) - *CIMED Ministerio de Salud de Nicaragua*

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Definición y aspectos técnicos. La *plasmaféresis* es el procedimiento mediante el cual el plasma es extraído y separado de la sangre entera; los glóbulos rojos son retransfundidos al donante. Se practica con fines terapéuticos. También recibe el nombre de aféresis plasmática o cambio de plasma. La plasmaféresis es una técnica desarrollada en 1914 por Abel, Rowentree y Turner, con el objetivo de extraer del cuerpo sustancias perjudiciales para el organismo y desecharlas, regresando el resto del componente sanguíneo al paciente. La aplicación de esta técnica fue bastante limitada debido que no existía maquinaria automática específica para separar los componentes de la sangre; lo que requería aproximadamente cinco horas para extraer y procesar aproximadamente un litro de sangre. En 1960 Schwab y Fahey comunicaron que la plasmaféresis era beneficiosa en el tratamiento de la macroglobulinemia de Waldestrom. En 1962 Alan Solomon y John L. Fathey brindaron un informe de diecinueve pacientes que padecían de un tipo de macroglobulinemia y a quienes se les realizó plasmaféresis. A partir de entonces la plasmaféresis se ha convertido en una técnica esencial en el tratamiento de varias enfermedades. La plasmaféresis busca básicamente tres cosas: 1. La remoción de anticuerpos específicos creados por una enfermedad específica. 2. La remoción de sustancias inflamatorias no específicas que actúan como complemento. 3. La remoción de complejos inmunes circulantes. De acuerdo con la Sociedad Americana de Aféresis, son indicaciones de plasmaféresis (como tratamiento primario) las siguientes enfermedades: polineuropatía inflamatoria desmielinizante aguda, anticuerpo antimembrana basal glomerular, polirradiculoneuropatía crónica inflamatoria desmielinizante, polineuropatía desmielinizante con IgG/IgA, miastenia gravis, púrpura postransfusión, púrpura trombocitopénica trombótica. En otras enfermedades, este procedimiento puede ser eficaz y aceptable como tratamiento; ejemplo, crioglobulinemia, hipercolesterolemia familiar, mieloma. La plasmaféresis es utilizada también como un tipo de donación de sangre. La ventaja de esta técnica es que permite obtener más cantidad de plasma y plaquetas de un solo donante y, por el hecho de no donar glóbulos rojos, la recuperación es casi inmediata.

Aspectos éticos. La plasmaféresis constituye un principio público que se inscribe en un contexto legal y ético. Es un procedimiento en que se encuentran involucrados el paciente, la institución donde se realiza, las personas que trabajan en dicha institución, el médico, el Estado y la sociedad. Desde el punto de vista bioético, debe ser un procedimiento que lleve al bien común. La extracción sanguínea no debe constituir un acto de maleficencia para el donante; muy por el contrario, este procedimiento debe ser un acto de beneficencia en que el fin sea el bienestar del paciente (cuando se aplica para tratamiento) o de la sociedad. No debemos olvidar la importancia de la autonomía donde el paciente o donante debe actuar con la adecuada información y sin coerción. El desarrollo

de las donaciones de sangre y la obtención de hemoderivados ha traído consigo problemas éticos nuevos y complejos, que demandan de los científicos mayores exigencias éticas en su relación con los donantes, la comunidad científica y la sociedad. Las instituciones donde se practica dicho procedimiento requieren de forma vital los principios de la bioética. Los principios éticos siempre han estado presentes en la colección, el procesamiento y la transfusión de la sangre y sus componentes. Fundamentalmente, están orientados a la protección del donante y del receptor de sangre. El científico que lleva a cabo la plasmaféresis debe ser honesto y justo, teniendo en cuenta la gran responsabilidad que ha asumido ante la sociedad y el carácter humanista que debe tener en su actividad. La medicina y la salud son productos sociales que requieren un profundo e imprescindible sentido ético y humanístico.

La venta de sangre. La donación de sangre, basada en el principio de la solidaridad, es de carácter altruista y por tanto gratuita. Este es el fundamento de los programas nacionales de sangre. El 10 de enero de 1978, el director del diario *La Prensa* de Nicaragua, Pedro Joaquín Chamorro Cardenal, fue asesinado por denunciar en sus artículos, "Crónicas de un Vampiro", un negocio de venta de sangre que tenía entre sus socios al dictador Anastasio Somoza. Uno de sus asesinos declaró haber sido contratado para el atentado por Pedro Ramos, propietario del denunciado Centro de Plasmaféresis de Managua. Dicho centro pagaba cuatro córdobas por cada medio litro de sangre que extraía a pobres e indigentes. Con sus cien mil "donaciones" anuales, de las cuales dos tercios se exportaban, se había constituido en el mayor proveedor de plasma de la industria farmacéutica estadounidense. La Food and Drug Administration (FDA) le había otorgado licencia. El 11 de enero de 1978, luego del asesinato de Chamorro, una muchedumbre prendió fuego a las instalaciones del Centro de Plasmaféresis. Al cerrarse el centro nicaragüense, la compra de sangre se trasladó a Honduras, México y Zaire. En México, durante los años ochenta, se difundió el "donador pagado" que vendía su sangre y su plasma hasta cinco veces por semana. Se separaba el plasma y al "donante" le reinyectaban los glóbulos rojos y vitaminas. Si aceptaban que les inyectaran sangre para producir sueros tipificados, les pagaban más. Los centros de plasmaféresis eran propiedad de la compañía Industrias Biológicas Mexicanas, que exportaba el plasma a Estados Unidos y España, donde la industria farmacéutica lo utilizaba para elaborar productos derivados como el factor antihemofílico, las gamma globulinas, el anti Rho, la albúmina y la vacuna de la hepatitis B. Más de la mitad de los donadores pagados en México se infectaron con VIH y murieron. El gobierno mexicano prohibió el comercio de sangre y cerró los centros de plasmaféresis. En Honduras, se construyó un centro de plasmaféresis frente al mercado de Tegucigalpa; y a Puerto Cortés llegaban los barcos que funcionaban como centros de recolección de plasma. Haití también contó con un centro de plasmaféresis y una gran cantidad de su plasma era importado por Francia, que tuvo su gran catástrofe de contaminación a hemofílicos durante el comienzo de la epidemia VIH-sida. Zaire, bajo la dictadura de Mobutu Sese Zeko, pasó a ser el mayor aprovisionador de plasma del mundo y pagaba de dos a cinco dólares por unidad de plasma que mayoritariamente era exportada a Estados Unidos. Cuando la actividad de esos centros fue denunciada, estos se desplazaron hacia el sudeste asiático hasta que Tailandia prohibió la venta de sangre y en India se constató que el 90% de los donadores pagados estaban infectados por VIH. Los centros de plasmaféresis se mudaron a Sudáfrica y a China, cuyo gobierno promovió la instalación de los mismos en zonas rurales durante los años noventa. En todos los casos pudo observarse un común denominador de explotación a pobres e indigentes bajo regímenes dictatoriales o autoritarios, mediados por fuertes intereses de los países ricos, con violación de la dignidad humana y las libertades fundamentales, así como de los principios éticos básicos. Esta comercialización del cuerpo humano se extendería a los trasplantes de órganos y las muestras biológicas y genéticas.

Referencias

A. Kliman, M. F.Lesses. *Plasmapheresis as form of Blood Donation. Transfusion* 1964; 4:469-472. - C. Lavorato y cols. Experiencia inicial en plasmaféresis por membrana. Rev. *Nefrol. Diál. y Transpl.* 1991; 30:31-37. - Alejandro Brito, Comercio sanguíneo: la cara oculta de la pandemia (entrevista a Patricia Volkow), 1 de julio de 2004. - Andrew Krimbell, Biocolonisation: The Patenting of Life and the Global Market in Body Parts, en Jerry Mander y Edward Goldsmith (eds.), *The Case against the Global Economy and for a Turn Towards the Local,* San Francisco, Sierra Club Books, 1996.

Trasplante de órganos

Alexánder Mármol Sóñora (Cuba) - *Instituto de Nefrología Alberto Buch López*

El desarrollo de los trasplantes de órganos. Gracias a los progresos de la medicina y la cirugía, se han abierto también en el campo de la trasplantología grandes horizontes y posibilidades. Muchos enfermos, destinados irremediablemente a una muerte segura o a llevar una existencia disminuida con impedimentos en su actividad normal, han encontrado la solución a sus problemas. La ciencia ha ido

superando en los últimos años con tanto éxito los obstáculos opuestos a los logros de la trasplantología, que en la práctica esta se ha convertido en un hecho normal y rutinario. Desde tiempos remotos el trasplante ha sido un sueño muy acariciado por el hombre. En la literatura mística, el relato de los santos Cosme y Damián recoge la utilización de un miembro de un esclavo etíope para tratar de sanar a un noble, pero tuvieron que pasar siglos para que estas ideas se convirtieran en realidad. El año 1902 marca un hito en el desarrollo de la cirugía con las técnicas de suturas vasculares realizadas por Alexis Carrel en perros, aunque el proyecto no tuvo éxito por razones inmunológicas mal precisadas en ese momento. La era moderna en el trasplante surge en 1952 al ser descubierto el sistema mayor de histocompatibilidad, con el cual se conoce mejor la individualidad genética de las personas, y en 1954 cuando Joseph Murria realiza el primer trasplante renal en el Brigham Hospital de Boston. Junto a esto fue necesario que se desarrollara la inmunosupresión, ya que hasta el momento solo eran bien aceptados los trasplantes entre donantes y receptor idénticos. Este hecho posibilitó la utilización de los donantes cadavéricos. La realización de trasplantes causa un problema, porque si bien algunos órganos o funciones simples pueden ser sustituidos por equipos artificiales, y alrededor de ello la ciencia y la técnica realizan un denodado esfuerzo, la mayor parte de las veces resulta insuficiente o se hace imposible y entonces se impone la necesidad del remplazo por órganos o tejidos de familiares sanos. En ocasiones se utilizan los órganos de personas después de fallecidas, pero existen órganos como el corazón y el riñón que al soportar mal la falta del suministro de oxígeno en sus células se dañan rápidamente. En estos casos es preferible tomarlos de individuos cuya muerte haya sido diagnosticada por criterios neurológicos (la llamada muerte encefálica). En estos dos tipos de donantes existen ventajas e inconvenientes que afectan tanto al donante como al receptor, y la viabilidad y posibilidad de éxito, en cada circunstancia concreta, son los aspectos más importantes que habrán de tenerse en cuenta para la selección.

Problemas éticos, legales y sociales de los trasplantes. Las legislaciones nacionales suelen prohibir que la donación de órganos, cuya motivación debe ser el altruismo, se fomente por intereses económicos; por ello no se permite ninguna retribución al donante, de la misma manera que por afectar la integridad de la persona solo podrá verificarse para fines estrictamente terapéuticos. La preparación científica, el conocimiento y dominio de la técnica y la infraestructura necesaria para la realización del trasplante son exigencias reguladas por las leyes y las normas de cada país. Las circunstancias han ido variando en los últimos años por la eficacia que han demostrado los trasplantes de órganos extraídos de un cadáver. Para muchos, estos donantes son más deseables que las personas vivas; en igualdad de circunstancias, recurrir a un difunto parece mucho más lógico al ser los beneficios prácticamente iguales sin ninguna desventaja para el donante. Otros dicen que no tiene sentido atentar, aunque sin graves consecuencias, contra la integridad de una persona, cuando el fallecido acaba de perder su vida y sus restos están destinados también a una destrucción inmediata. En épocas anteriores, la mutilación de un cadáver era considerada una especie de profanación; la iglesia católica no permitía la incineración. Motivos religiosos y sentimientos de respeto, como se dan en todas las culturas, inclinaban a conservar el cadáver en su integridad hasta el momento de la sepultura. La experiencia muestra que personas que se preocuparon poco por el difunto durante su vida se sienten obligadas a acompañarlo y alabarlo cuando ya esto no tiene ningún sentido. Este criterio ha cambiado en la actualidad y la donación es asumida como un acto de caridad cristiana; así está recogido en la XI Encíclica papal. Por vez primera el papa Juan Pablo II asistió a la inauguración de un Congreso Mundial en términos de medicina, precisamente el XVIII Congreso de Trasplante en septiembre de 2000 en Roma. Allí se refirió a aspectos de la muerte encefálica, la donación y el consentimiento informado de receptores y familiares de donantes. El problema mayor se centra en constatar con seguridad la existencia de la muerte. Si los criterios tradicionales, como la parada cardiaca o la ausencia de la respiración, perdieron su validez científica, hoy existen otros signos que ofrecen suficiente garantía. El carácter misterioso de la muerte y los sufrimientos que normalmente la preceden han motivado múltiples teorías y especulaciones sobre su causa y definición exacta, pero la mayoría de los autores contemporáneos la sustentan sobre bases neurológicas y se define en la actualidad como la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia. La finalidad primordial en el *donante cadáver* consiste en conservar los órganos en las mejores condiciones posibles hasta el momento de la extirpación, para facilitar el éxito del trasplante. Los miedos y reticencias que todavía existen, como si hubiera peligro de acelerar su fin por el deseo de realizar el trasplante no tiene ninguna justificación y pertenecen más bien al mundo de lo imaginario e irracional. Las mismas normas legales impiden con diferentes disposiciones que esta pura hipótesis se convierta alguna vez en realidad. En cuanto al *consentimiento del fallecido*, el difunto deberá haberlo manifestado antes de su

fallecimiento. Su voluntad, favorable o negativa, merece un profundo respeto, sin que nadie pueda cambiarla después, de acuerdo con sus propios gustos o sentimientos. En muchos países del primer mundo, en caso que no conste, sus familiares o la autoridad competente podrán permitir el trasplante para fines terapéuticos, ya que a diferencia de los vivos, la extirpación no constituye ninguna limitante de sus posibilidades. La postura parece correcta y éticamente aceptable. Con estas normativas en dichos países, cualquier persona sabe que, al no manifestar su negativa, se convierte por el mismo hecho en un donante potencial. En este problema relacionado con la donación de órganos, Cuba ha sentado un hito en la historia de la medicina universal. Casi el 80% de la población adulta del país expresó su conformidad con que sus órganos fuesen utilizados en caso de muerte. Alrededor de esto se debaten múltiples criterios, y gracias a la legislación actual sale publicada en la gaceta oficial la ley de muerte encefálica, aspecto este que se aplicaba en nuestros hospitales pero que queda muy bien definido a partir de 2001. La solución más eficaz debería lograrse por otro camino. Si la donación de órganos después de la muerte es un gesto de solidaridad con muchos necesitados y un remedio para mejorar su calidad de vida, o hasta su misma subsistencia sin ningún inconveniente para el donante, habría que despertar por todos los medios una conciencia social más profunda de la magnitud del problema. No hay derecho a que por ignorancia de la situación, indiferencia frente a situaciones graves y a veces dramáticas, o por una simple apatía y comodidad del que vive despreocupado porque no sufre personalmente o en algún ser querido la angustia de una espera, muchas personas estén condenadas a morir o a vivir con limitaciones importantes.

El trasplante renal. La problemática de los enfermos renales adquiere hoy una importancia particular. La insuficiencia renal crónica está considerada una epidemia aunque otros la consideran pandemia. Cada diez años se duplican en cada país el número de pacientes que están en tratamientos sustitutivos de la función renal, mediante la diálisis peritoneal o la hemodiálisis (riñón artificial). La causa de este incremento, sin que haya existido aún una meseta en ningún país, se debe a que las dos primeras causas que producen más de la mitad de la enfermedad son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambas con incidencias mayores cada año. Asimismo al aumentar la expectativa de vida, muchas personas dejan de morir más jóvenes y tienen más tiempo para entrar en este camino del remplazo de la función renal. La población en diálisis es cada día mayor y con edad avanzada en más del 50% de los casos, lo cual ha motivado que los programas de trasplante renal cada día permitan mayor edad de sus receptores. El trasplante renal va siendo ya una práctica generalizada, que ha alcanzado un nivel de eficacia impresionante. Es la mejor solución para muchos pacientes cuya esperanza media de vida no sobrepasa los 10 o 12 años, y que necesitan la diálisis. Esta situación, como es comprensible, no solo dificulta la integración social del enfermo, sino que afecta también a otros niveles de su personalidad. Son enfermos crónicos y en un proceso de progresivo deterioro, dominados por la amenaza de la muerte y esclavos de una máquina que los sostiene durante algunos años, pero sin perder la esperanza de un trasplante como la única salida para su futuro. El trasplante renal es no solo mejor desde el punto de vista biológico sino también para asumirlo económicamente. La diferencia es sustantiva ya que un paciente en diálisis peritoneal o hemodiálisis cuesta alrededor de cuarenta y seis mil dólares por cada año en Estados Unidos, mientras que el trasplante renal cuesta sólo diecisiete mil en el primer año, y luego se abarata más al consumir menos medicamentos y ser cada vez más esporádicos los chequeos médicos y complementarios.

Desarrollo del trasplante renal en Cuba. Para Cuba, el abordaje del trasplante renal es también importante; de hecho se encuentra en primer lugar en cuanto a programas de toda Latinoamérica y en uno de los más importantes del mundo en cuanto al número de trasplantes realizados por millón de habitantes. Hoy día se han realizado alrededor de quinientos mil trasplantes renales en todo el mundo. En Cuba esta actividad importante comienza el 24 de febrero de 1970, liderada por el profesor Abelardo Buch López, al cual debe su nombre el Instituto de Nefrología. Para 2006 se habían efectuado tres mil quinientos trasplantes entre los nueve centros del país; de ellos mil doscientos se habían hecho en el propio Instituto. En todos esos años Cuba se encontró a la cabeza de los países de Latinoamérica por efectuar el mayor número de trasplantes por millón de habitantes, con donante cadavérico, gracias al sistema tan fuerte de obtención de órganos en muerte encefálica. En los últimos años se alcanzaron las tasas de realización más elevadas, oscilando entre diecisiete a veinte por millón de habitantes. Pero como sin donantes no hay trasplantes, Cuba ostentó también una de las seis primeras tasas de donación en todo el mundo en 2001, terminando 2005 con diecisiete donantes por millón de habitantes. Este logro no es tan solo en el campo de la medicina como práctica profesional, sino en el de la solidaridad humana, bajo el principio cardinal de que todo paciente tributario de dicho proceder lo reciba sin importar raza, sexo, profesión o nivel cultural, ya que la salud es un derecho del pueblo. Un conjunto de disciplinas tienen que vincularse para que la

actividad se desarrolle: cirugía, urología, anestesiología, psicología, anatomía patológica y nefrología, entre otras. Todas ellas sobre la base de la inmunología que trata de buscar una mayor compatibilidad entre donante y receptor, dado que el trasplante constituye una alteración de las leyes biológicas que posibilitan el surgimiento, desarrollo y conservación de la vida. Desde 1988 la selección de la pareja donante-receptor se hace de forma automática a los pacientes que se encuentran en métodos sustitutivos de su función renal. Se tienen en cuenta primero los criterios inmunológicos –grupo sanguíneo, compatibilidad HLA y % de sensibilidad–, a los cuales se suman aspectos como las prioridades sociales, o los niños o personas que no tienen vía de acceso vascular para las hemodiálisis y no podrían sobrevivir más que un corto período. La actividad de trasplante renal en Cuba se distingue de muchos otros países porque la moral de la sociedad refleja y fija a través de principios y normas de conducta el humanismo de las personas participantes alrededor del trasplante. La base económica determina los componentes de la superestructura, y no obstante, esta última tiene dialécticamente una independencia relativa. Cuba es un ejemplo claro de este fenómeno, ya que a pesar de una base económica aún subdesarrollada, el Estado socialista se preocupa por utilizar gran parte del Producto Nacional Bruto en el campo de la salud. Recientemente, para abordar la problemática de esta epidemia del siglo XXI, la insuficiencia renal, el Estado cubano ha incorporado la nefrología entre los programas priorizados de la revolución, porque sin este apoyo seria imposible mantener a ciento setenta y cuatro pacientes por millón de habitantes en métodos sustitutivos de la función renal distribuidos por todo el país, lo cual crece cada año. En este programa, se crearon quince nuevos servicios de nefrología (2004-2005) para llevar este tratamiento lo más cerca posible del lugar donde reside el enfermo, el cual vivirá allí el resto de su vida mientras espera un futuro trasplante en caso que sea un verdadero candidato. De esta forma se afirma el papel del Estado, que además de distinguir la insuficiencia renal como problema de salud la considera un problema político y social. Sobran ejemplos de países que no pueden afrontar todos estos tratamientos tan costosos y donde muchas personas mueren en etapas terminales de uremia al no ser abordados o no poder entrar en estos programas por causas económicas.

El binomio donante-receptor. En el trasplante renal existe una importante relación dialéctica en el binomio donante-receptor. Por un lado, se encuentra un paciente en estadio final de su enfermedad renal, que fija sus esperanzas en el trasplante como única forma de rehabilitación biopsicosocial; por otro, el donante, con sus dos variantes, vivo y cadavérico. En el primer caso el donante procede por lo general de un familiar (emparentado) o de una persona emocionalmente relacionada (no emparentada). Estos tipos de donantes ponen de manifiesto un verdadero problema ético-legal donde intervienen no sólo leyes biológicas como fundamento básico del trasplante, sino también los factores sociales y morales. Muchos países han logrado trasplantar con mayor número de histocompatibilidades porque primeramente tienen un mayor grupo de receptores y las leyes de probabilidad son mayores. Además, se han creado grupos de intercambios de órganos entre países para hacer llegar un riñón más compatible a pacientes que desde el punto de vista inmunológico lo requieran, ya que sin esto les sería imposible el éxito, pese a las nuevas drogas inmunosupresoras. En Cuba no es posible realizar este intercambio por el momento, por situaciones inherentes a nuestra región, donde los países miembros, a pesar de la relativa cercanía, tenemos dificultades de transporte que impiden facilitar un intercambio de vísceras para trasplante, lo cual repercute en un tiempo de isquemia prolongado. Por otra parte, muchos de estos países no tienen un adecuado sistema de obtención de órganos, que descansa sobre todo en el donante vivo. Cuba cuenta con un sistema fuerte de obtención de órganos que permite la realización del trasplante con donante cadáver en más del 90% de los casos, y equipos multidisciplinarios que se encuentran trabajando ya en cuarenta y dos hospitales por todo el país. No obstante, se ha ido trabajando más con el donante vivo emparentado de primera línea (padres, hermanos e hijos); del 4% de los trasplantes de este tipo realizados en 1994 se llegó en 2005 a un porcentaje del 10%. Por consideraciones éticas, no existe relación entre el grupo que hace el diagnóstico de muerte por criterios neurológicos; lo maneja y realiza finalmente la nefrectomía, con el equipo encargado de hacer y seguir el trasplante renal. Una vez extraída la víscera se procede, por parte del segundo equipo con su centro coordinador nacional en el Instituto de Nefrología, a buscar luego del tipaje el mejor receptor dentro de este programa automático que tiene todas las variables y hace una selección mejor no sólo desde el punto de vista biológico sino también en el orden ético y de total transparencia. Al decidir un país qué tipo de donante utiliza en mayor grado –cadáver o vivo–, tiene en cuenta no solo aspectos de resultados biológicos buenos, como el uso del donador-cadáver con potentes inmunosupresores, sino que los factores religiosos y éticos de esa sociedad en particular lo llevan a un lado o el otro. El ejemplo más típico es Japón, donde no se acepta por la legislación ni por la

población obtener órganos de cadáveres. Debe decirse que con el curso de los años los trasplantes de donante cadavérico cada día tienen mejores resultados. No obstante, al compararlos con los trasplantes renales de donantes vivos relacionados, estos últimos ofrecen mayores expectativas en el mismo período. Son varios los factores que se señalan al respecto, pero en forma general se considera que el trasplante de cadáver es una operación de urgencia, con largos periodos de isquemia fría, con menor número de compatibilidades y un tiempo de espera del receptor en los planes de diálisis que a veces sobrepasan 2 y 3 años. El trasplante de donante vivo relacionado se efectúa con una cirugía electiva, con corta isquemia fría, mayor grado de compatibilidad y el tiempo de espera en métodos sustitutivos es menor y depende desde la decisión del receptor y su familia hasta que el equipo de trasplante lo realice. Para sintetizar el análisis sobre los donantes vivos, conviene distinguir dos realidades sociales y culturales diferentes: por un lado, un grupo de países desarrollados que tienen en común riqueza, alto nivel de rentas, sistemas desarrollados de protección social, seguros de enfermedad, disponibilidad general de diálisis, sistema sanitario avanzado y necesidades básicas cubiertas para toda la población, con programas de donantes cadavéricos bastante desarrollados y valores culturales definidos; por otro lado, el mundo en vía de desarrollo, donde falta todo lo anterior y el trasplante de donante vivo es la única alternativa a la muerte. Además, la miseria está generalizada, el nivel de justicia social es mínimo, carecen de sistemas de protección social, predominan las necesidades básicas, agua potable, comida, alcantarillado, y la ignorancia y pobreza extrema constituyen el caldo de cultivo. En estas circunstancias, la coacción adopta diversas modalidades, derivadas de la ignorancia (consentimiento no informado) y la pobreza extrema (consentimiento desesperado). En esas condiciones ha florecido el comercio de órganos con el escándalo consiguiente del mundo rico y la condena generalizada del ordenamiento jurídico de muchos países, de las sociedades de trasplante, de la Comunidad Europea y de la Organización Mundial de la Salud. Esta nefasta práctica médica es el resultado de la miseria creciente de una gran parte de la población, afectada cada vez más por las políticas neoliberales, que provocan, entre otros males, la falta de asistencia médica.

El donante vivo. Al inicio de los trasplantes de donante vivo, la actitud de los médicos fue expectante ante la duda por la mutilación de una persona sana; sin embargo, al evolucionar los resultados obtenidos con los trasplantes relacionados en muchos lugares del mundo, aumentó su práctica, como sucede en Estados Unidos. El uso del donante vivo no relacionado se inició desde los primeros momentos del trasplante renal. Desde su comienzo fue rechazado por la comunidad de trasplante, debido a un alto grado de desconfianza sobre la motivación humana de este tipo de donante. Sin embargo, en la actualidad la comunidad de trasplante tiene opiniones diferentes y controvertidas, sobre todo cuando la Organización Mundial de la Salud recomendó utilizar solo donante vivo genéticamente relacionado. En Cuba no está permitido por la legislación el trasplante entre personas emocionalmente relacionadas; se exige tener compatibilidades, garantizando la transparencia de las selecciones, bajo leyes biológicas bien establecidas. De ese modo, en 1979 se efectuó el primer trasplante renal en Cuba entre hermanos gemelos. Desde entonces y hasta la fecha se han realizado casi trescientos, todos entre personas emparentadas. En el trasplante con donante los resultados en Cuba han sido mejores que con los de donante cadáver, e igualables a los de donantes vivos de otros países. Por el valor ético de este tipo de trasplantes se procura mantenerlos, luchando por incrementarlos pero permitiendo alteraciones biológicas de los donantes que pudieran implicar males en el futuro a ese donante que ha hecho un acto altruista y debe ser bien protegido. Por tener Cuba la tasa de trasplante más alta de Latinoamérica, con frecuencia sus servicios de salud reciben demandas para efectuar este tipo de práctica a extranjeros. Al respecto está bien definido que deben cumplirse las mismas reglas que la ley tiene para los ciudadanos cubanos, es decir, que el paciente extranjero debe viajar a Cuba con su donante francamente compatible. Se vuelven a estudiar estos casos para las moléculas HLA y si no hay compatibilidad, aunque sostengan ser parientes de primera línea, el trasplante no se efectúa. De esta forma se logran mantener los principios éticos que Cuba exige, evitando que cualquier otro tipo de trasplante sea mal interpretado como un negocio o un tráfico inconsciente de órganos. La donación de vivos no está ampliamente divulgada por los medios como el de la obtención con donante cadavérico. Cabe preguntarse cuál es la causa de esta no divulgación: si el respeto a los familiares, su voluntariedad o el temor a que un paciente necesitado de una víscera para vivir una vida normal pueda ejercer involuntariamente una coacción sobre los padres o hermanos, invocando una posible muerte si no le dan uno de sus riñones. Los casos no aceptados como tributarios de recibir un riñón de un donante vivo por consideraciones médicas o éticas se incluyen en el programa nacional de selección con donante cadavérico. Al referirse a este tipo de trasplante, Ortuño, nefrólogo español, señala: "*... desde la perspectiva de los países ricos se propugna aumentar los trasplantes de vivo, liberalizando los*

criterios de aceptación. Desde la perspectiva latinoamericana y de los países pobres, por el contrario, deben establecerse criterios más rígidos y restringidos, porque el empleo de donantes vivos no relacionados aumenta la posibilidad de explotación de los pobres, frecuentemente tentados a vender sus órganos antes de morir de hambre".

Referencias

C. Stiller, R. Fox, J. Swazey et ál. Organ and tissue transplants. En W. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 1995, 4, pp. 1871-1894. - José Acosta. ¿Es la vida un valor absoluto? *Revista de avances médicos*. 1996, 3 (7), pp. 42-44. - S. Arce. *Avances en el trasplante de órganos y tejidos*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1989. - A. Mármol, R. Herrera. Organ procurement and renal transplantation in Cuba, *Transplantation Proceedings*, USA, 1996, 28 (6), 3358. - A. Martínez, R. Rivas, A. Mármol. Influencia del modelo español en la organización del programa de trasplante renal de Cuba, *Nefrología española* 2001, 21 (supl 4), pp. 148-49. - A. Mármol, R. Herrera. Ética del trasplante, reflexiones en el campo de la nefrología. En J. Acosta (ed.), *Bioética desde una perspectiva cubana*, 1997, pp. 246-253.

Derecho a la salud

Dos años antes de la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) afirmaba en su Preámbulo: "*El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*". Veinte años después, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) de las Naciones Unidas sostenía en el artículo 12: "*Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*". Pese a este reconocimiento temprano y explícito, los enfoques sobre el derecho a la salud en la bioética han mostrado diferencias –en ocasiones fuertemente polémicas– según las distintas concepciones bioéticas que se defienden. La salud como un derecho humano (v.) y la bioética como discurso normativo que a partir de su reconocimiento reflexione en torno a los límites en cuanto a su violación y al progreso moral que pudiera lograrse sobre ese derecho, han sido supuestos cuestionados por la bioética liberal. Sin embargo, la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (Unesco, 2005) ha venido a reafirmar el compromiso de la bioética con la protección del derecho a la salud en el artículo 14 sobre 'Responsabilidad social y salud'.

La bioética como discurso de desconocimiento de la salud como derecho. La distinción entre derecho moral y derecho legal a la atención de la salud, que se realizó en la concepción principialista angloamericana, puso en entredicho a la salud como derecho. Asimismo, la posición política de Estados Unidos en las discusiones para la búsqueda de consenso internacional con respecto al reconocimiento del derecho ambiental fue otro ejemplo de esa distinción entre derecho moral y derecho legal. Esa distinción, en el caso del derecho a la salud, era nueva en Estados Unidos. La Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y Ciencias Biomédicas y de la Conducta señalaba en uno de sus informes de 1983 que la anterior Comisión Presidencial sobre Necesidades en Salud de la Nación había concluido en 1952 que "*el acceso a medios para procurar y preservar la salud es un derecho humano básico*". No obstante, en la terminología de su informe, la nueva Comisión Presidencial (2ª Comisión Nacional de Bioética en Estados Unidos) no habló de 'derechos', sino de 'obligaciones éticas' de la sociedad para asegurar un acceso equitativo a la atención de la salud para todos sin que supusiera cargas excesivas. Esta Comisión señaló explícitamente que había elegido no desarrollar el caso de obtener un acceso equitativo mediante la afirmación de un derecho a la atención de la salud al observar que ni la Corte Suprema ni ninguna corte de apelaciones había encontrado un derecho constitucional a la salud o a la atención de la salud. Esta importante ruptura conceptual establecida por la Comisión Presidencial en 1983, que llevó a la salud de ser considerada derecho humano básico al rango relativizado de obligación ética de la sociedad, fue uno de los ejes que definieron al principialismo como concepción dominante de la bioética. La Declaración de Alma-Ata (1978) de la Organización Mundial de la Salud y su estrategia de atención primaria de la salud fueron consideradas aspiraciones moralmente reconocidas que no generaban obligaciones como derecho legal. Alexander Morgan Capron dijo: "... *si se acepta la definición de la salud comúnmente aceptada, es decir, que la salud es un 'estado de completo bienestar físico, mental y social', el derecho a la salud se convierte en un derecho a la felicidad, o a todo lo que una persona desee, lo cual constituye una aspiración y no un derecho*". Esta distinción supuso conceptualmente que había diferencia entre derechos (*rights*) y obligaciones o deberes (*duties*), y que lo que habitualmente estaba en juego al hablar de 'derecho a la salud' no era más que una retórica emocional vacía de contenido. Se presumió que al hablar de derecho legal, el Estado tenía una obligación específica por la que responder, pero que al hablar de derecho moral consideramos que existe un deber de cumplimiento moral que no implica una obligación de cumplimiento legal. Sin embargo, si se trataba de discutir el carácter de derecho humano de una determinada norma apelando a un corpus normativo, este por obligación debería haber sido supranacional, ya que el derecho nacional queda subordinado al derecho internacional de los derechos humanos, a menos que haya una explícita restricción previa. Por eso esta confusión entre derecho nacional y derecho internacional, que tiene consecuencias importantísimas para toda ética, alcanzó también a la bioética angloamericana. Estas deliberadas confusiones, pese a todo, se repiten en la historia de los discursos emergentes en estados imperiales. Sin embargo, distinta ha sido la situación en Europa, donde la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Comité de Ministros del Consejo de Europa acordada en Oviedo en

1997, conocida por Convención Europea de Bioética, representó un encuentro entre el movimiento de los Derechos Humanos y el de la bioética, y reconoció sin dudas la salud como derecho.

El hospital público en América Latina como primer reconocimiento del derecho a la salud. El derecho a la protección de la salud (v.) tiene una larga historia en América Latina con importantes consecuencias. La tradición del hospital público, por ejemplo, obliga a una reflexión bioética crítica y autónoma sobre su lugar en nuestros sistemas de salud con independencia de otras realidades regionales, y a su función como agente moral para la protección de la salud de individuos y grupos (v. *El hospital público como agente moral*). El periodo colonial en América Latina se extiende desde el fin de la conquista en 1557 hasta el comienzo de los movimientos revolucionarios por la independencia a partir de 1810. Hay dos características esenciales en la medicina de ese período colonial: las regulaciones político-administrativas de tipo beneficentista, como las dirigidas a los hospitales, protomedicatos y la educación médica, y las contribuciones a la atención de la salud basadas en las virtudes de diferentes órdenes religiosas. Carlos V decretó en 1541 que en todas las ciudades indias y españolas de Nueva España tenía que haber hospitales para curar a los pacientes pobres y para practicar la caridad cristiana (Landa, 1560). Pero ocurrió una importante diferencia entre las condiciones administrativas para construir hospitales en las colonias españolas e inglesas en América, que tendrían consecuencias en una y otra tradición sociocultural. En las colonias inglesas era necesario tener una autorización real; en las colonias españolas esta no era necesaria. Hasta mediados del siglo XVIII, con la creación de los hospitales de Filadelfia y Nueva York, no existían instituciones médicas permanentes en las colonias inglesas; solo había algunas pocas iniciativas para prestar atención a los indígenas desde una perspectiva cristiana. En cambio, antes de 1550 ya había hospitales en México, Panamá, Cuba, Puerto Rico, Guatemala, Perú y también en Brasil. Solamente en México es posible observar cerca de cuarenta en el siglo XVI. El primer hospital en América fue el de San Nicolás de Bari en Santo Domingo, fundado en 1503. Pero una temprana fundación de hospitales ocurrió también en otros sitios. El primero de ellos en México –el actual Hospital de Jesús– por Cortés en 1521; luego el Hospital de Misericordia en Guatemala en 1530; el Hospital de Lima (Perú) en 1538; el Hospital de Santos (Brasil) en 1545; el Hospital de Nuestra Señora del Socorro en Santiago (Chile) en 1553; el Hospital de Asunción (Paraguay) en 1556; el Hospital de San Pedro en Santa Fe de Bogotá (Colombia) en 1563; el Hospital de la Misericordia en Quito (Ecuador) en 1565; el Hospital de Santa Bárbara en Chuquisaca (Bolivia) en 1567; el Hospital de Córdoba (Argentina) en 1576; y el Hospital de San Pedro en Caracas (Venezuela) en 1590. Había hospitales para indios y negros, para viruela y lepra, para enfermedades mentales y maternidad. Un sistema de salud muy importante se desarrolló en América Latina cuando la medicina colonial no podía ofrecer más que cuidado a los pacientes de entonces (Guerra, 1972). Las órdenes religiosas tuvieron un rol esencial en el cuidado de los pacientes a través de los hospitales, iglesias y conventos; la mayoría de los hospitales en América Latina tuvo un origen y administración religiosa.

El derecho a la salud en América Latina y sus indicadores. En el marco de estos antecedentes, la bioética en América Latina ha de pronunciarse enfáticamente sobre el contenido moral del derecho a una salud integral. Entre las medidas que deberían adoptar los Estados para asegurar la plena efectividad de este derecho figuran la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas, así como la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Una bioética que dedique su esfuerzo a fortalecer y profundizar este mandato moral con todos sus recursos teóricos y metodológicos será sin duda una bioética universal. En el *Informe 2003*, el relator especial sobre salud de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas –Paul Hunt– señaló las situaciones indignantes por las desigualdades en salud en el mundo. De allí que ese relator se haya preocupado por recomendar el atender a los indicadores del derecho a la salud por diferencia con los indicadores de salud. Un indicador del derecho a la salud se diferencia porque se deriva de normas específicas para las políticas públicas en salud y porque su finalidad es el monitoreo del derecho. Pero el derecho a la salud no debe ser visto en forma aislada sino en relación a otros derechos humanos y libertades fundamentales incluyendo la no discriminación y la equidad. Los indicadores del derecho a la salud pueden ser sistematizados en indicadores estructurales, de proceso y resultados. Un indicador estructural nos dirá, por ejemplo, si el Estado tiene un reconocimiento constitucional del derecho a la salud, si tiene un organismo de derechos humanos con el mandato de velar por el derecho a la salud, si ha adoptado una estrategia para reducir la mortalidad materna, si tiene una lista de medicamentos esenciales, y si tiene algún grupo de medicamentos con provisión garantizada por el Estado. Los indicadores de proceso nos

brindarán información acerca del modo en que las políticas de salud se implementan, por ejemplo el porcentaje de mujeres atendidas durante su embarazo o el porcentaje de recién nacidos asistidos por personal especializado. Y los indicadores de resultados medirán los resultados obtenidos con la implementación de determinadas políticas, por ejemplo el número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos o el número de muertes perinatales cada mil nacimientos. Por eso hay que observar si la bioética se compromete en América Latina con las exigencias de cumplimiento de resultados para el progreso moral. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), consagra en su artículo 10 el derecho a la salud y dispone que toda persona tiene derecho a contar con servicios públicos básicos, entre los cuales deben encuadrarse los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS. El acceso a los medicamentos es uno de los mayores problemas de la bioética actual, como lo ha demostrado la fuerte disputa contra el párrafo 30 de la Declaración de Helsinki y la cuestión de los derechos sobre la propiedad intelectual y científica y el régimen de patentes en la industria farmacéutica ante la pandemia de sida. El Alto Comisionado por los Derechos Humanos de las Naciones Unidas se ha referido a estas cuestiones señalando que en la relación entre los derechos de propiedad intelectual y el acceso a los medicamentos debe reconocerse que dicho acceso constituye un derecho humano. Y aunque la aplicación y protección de derechos de propiedad puede ofrecer un entorno más seguro para la transferencia de tecnología a países en desarrollo, también puede constituir una base para establecer precios más altos de los medicamentos y transferencia de tecnología, que podrían restringir el acceso de los pobres. Así quedó expresado en la disputa que Brasil sostuvo contra el laboratorio Merck Sharp & Dohme al quebrar la patente de la droga contra el sida *Efavirenz*. Los derechos de propiedad intelectual impiden muchas veces la distribución de bienes sociales a los países pobres, que no pueden pagar los precios exigidos por los titulares de las patentes. Por eso es que si aceptamos la salud como un derecho humano (y salud aquí no sólo es atención de la salud sino salud integral entendida como armonía objetiva y subjetiva con la idea de justicia que atraviesa los derechos a la vida y la identidad, la integridad y la libertad, la atención de la salud y el bienestar), no tendremos objeciones para aceptar la concurrencia complementaria de su significado moral y jurídico. Porque el derecho humano a la salud será entonces el reconocimiento jurídico de la responsabilidad moral del Estado para hacer efectivo en el mundo real al valor ético de la salud integral de las personas.

[J. C. T.]

La salud como derecho humano

Horacio Cassinelli (Uruguay) - *Universidad de la República*

Derecho a la salud y deber de atender la propia salud. En el tema de regulación jurídica concerniente a la salud humana encontramos normas de fondo sobre salud y enfermedad, que establecen lo que debe hacerse o no hacerse en esa materia, y normas de competencia, es decir, normas que atribuyen a determinados órganos cometidos y potestades en materia de salud y enfermedad. Las normas de fondo atañen principalmente a dos situaciones jurídicas subjetivas –el *derecho a la salud* y el *deber de atender a la propia salud*– que son generalmente reconocidas en doctrina y en Derecho comparado como *derechos humanos,* esto es, como derechos y deberes inherentes a la personalidad humana. El *derecho* a la salud supone un sujeto titular de la obligación correlativa, que puede ser el Estado u otro sujeto. El *deber* de atender a su propia salud alcanza a todos, a los sanos y a los enfermos. Los sanos deben cuidar de su salud. Los enfermos deben asistirse para recuperar su salud, y sanos y enfermos deben cumplir con las leyes que se establezcan con la finalidad de preservar la salud. Esta potestad legislativa no se entiende referida solamente de la salud en el sentido estricto del término, sino al perfeccionamiento físico, psíquico, moral y social. Es decir, que el reconocimiento de los derechos y deberes humanos atinentes a la salud incluye los aspectos éticos y los aspectos de trascendencia social, y no sólo los problemas médicos. Tanto el deber de cuidar de su salud como el deber de asistirse en caso de enfermedad son deberes de medios, no de resultados. Nadie está obligado a tener salud, a ser sano. Todos estamos obligados a cuidar de nuestra salud y, si no estamos sanos, a asistirnos.

El derecho a cumplir con nuestros deberes. El reconocimiento de un derecho a la salud no es una mera consecuencia lógica de la admisión del deber de atender a la propia salud. No valdría argumentar que toda persona que tenga un deber jurídico tiene implícitamente el derecho a cumplir con su deber, de modo que el derecho a la salud

quedaría consagrado por la vía de establecer el deber de cuidar de la propia salud. Esa conclusión sería errónea. Por esa vía no se llega al derecho a la salud ni al derecho a recibir asistencia en caso de enfermedad. La conclusión correcta de la aplicación del principio de que todos tenemos derecho a cumplir con nuestros deberes es que todos los habitantes tienen derecho a cuidar de su salud y a asistirse en caso de enfermedad. No surge de ahí que tengan derecho a la salud o derecho a recibir asistencia en procura de su salud. No sería un derecho exigible frente a otros que estuvieran obligados a asistirlo en caso de enfermedad –un derecho a exigir que otros lo asistan– sino un derecho que podría invocarse contra quien quisiera impedirle que cuidara su salud. De modo que no es esa una vía lógica por la que se deduzca un derecho a la salud. Por la vía de aducir el derecho a cumplir con el deber de cuidar de su propia salud y de asistirse en caso de enfermedad, sólo se obtendría la existencia de un derecho a que nadie le impida cumplir con su deber de cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad.

El costo de los medios y la obligación de sufragarlo. Continuando con el razonamiento, podría decirse que para cumplir con su deber de cuidar su propia salud o de asistirse en caso de enfermedad, el individuo que a la vez es sujeto pasivo de tal deber y sujeto activo de tal derecho necesita servirse de medios humanos y materiales que pueden significar un costo. Este tema no es el mismo que atañe a los derechos o deberes de conservar o de recuperar la salud. Ahora pensamos en el tema de quién debe sufragar los gastos necesarios para cuidar de su salud (prevención o higiene) y para asistirse en caso de enfermedad (costos de medicamentos, tratamientos quirúrgicos, internaciones, prótesis, etc.). ¿Quién debe soportar esos gastos? Encarado como cumplimiento de un deber, el costo necesario de cumplir con ese deber ha de ser soportado por el obligado. Esa es la regla general. Si yo estoy obligado a hacer algo, estoy obligado a costear lo necesario para hacerlo. Pero a esta altura del razonamiento surge la cuestión de quienes estén en la indigencia o carentes de recursos suficientes para cumplir con su deber de cuidar la propia salud o de asistirse si están enfermos. Si el obligado no pudiere a causa de su pobreza sufragar ese costo, la conclusión que resultaría de la aplicación de las normas generales de derecho privado sería que la pobreza lo eximiría de responsabilidad por el incumplimiento. Pero nuestro sentido común, nuestra convicción colectiva nacional y universal, se levanta contra esa conclusión y exige que prestemos atención al aspecto de derecho humano y no solo de deber que se advierte en la situación jurídica subjetiva del indigente o carente de recursos suficientes para hacer frente a los gastos de atención de su propia salud o de asistencia en caso de enfermedad.

La salud como un derecho inherente a la personalidad humana. Enfocando la situación jurídica subjetiva del interesado como derecho a la salud, la pobreza deja de ser una excusa eximente de responsabilidad por el incumplimiento de un deber para convertirse en fuente de un derecho subjetivo para obtener los servicios y los materiales necesarios para cuidar de su salud y ser asistido en caso de enfermedad, sin los cuales quedaría incumplido el deber, pues el incumplimiento del deber de cuidar su salud por falta de medios adecuados se califica ahora como incumplimiento de la obligación del Estado correlativa al derecho a la salud. En vez de exigirle al pobre que cuide su salud a su costo, es ahora el pobre quien puede exigirle al Estado (o al ente competente) que ponga a su servicio los medios necesarios para satisfacer el derecho a cumplir con el deber de cuidar de su salud o de asistirse en caso de enfermedad. Esta exigencia del pobre contra el Estado (o contra la institución que corresponda) deriva del reconocimiento de un *derecho a la salud inherente a la personalidad humana* y como tal subyacente a toda la regulación internacional o constitucional de la materia. La gente tiene la convicción colectiva de que existe un derecho a la salud, no solamente un deber de ese contenido. Resulta una idea inhumana que alguien no tenga derecho a la salud, que tenga el deber de cuidarla y que si no puede cuidarla ello solo sirva como excusa para no ser responsabilizado por ello. Si se establece un sistema basado en que cada individuo debe sufragar (pudiéndolo hacer) los gastos de prevención y asistencia, entonces ha de completarse el sistema estableciendo que el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia a los indigentes o carentes de recursos suficientes. Asistencia que no es sólo médica, pues incluye también la asistencia de otras profesiones con incumbencia paralela a la medicina, por ejemplo la psicología, la fisioterapia, la enfermería, la asistencia social al núcleo familiar del enfermo. La legislación en materia de derecho a la salud y a la asistencia del enfermo, con sus complementos antedichos, es ocasión importante de aplicación de los principios bioéticos generalmente reconocidos, tanto en lo que significa opción entre posibles criterios legales alternativos como en la aplicación de tales criterios en cada caso concreto.

Referencias

H. Fuenzalida Puelma y S. Scholle Connors (eds.). *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica Nº 509, 1989.

Derecho a la protección de la salud

Íngrid Brena Sesma (México) - *Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM*

El concepto de salud. La salud es un valor compartido por todas las sociedades y todos los sistemas ideológicos como uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades y reconocida la necesidad de protegerla. Fue la sociedad internacional la preocupada por elaborar un concepto de salud; así surgen documentos internacionales. Desde 1946 la Constitución de la Organización Mundial de la Salud expresa que "*la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*". Posteriormente, la Declaración de Alma-Ata (1978) agrega a esa definición que la salud "*es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere de la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector salud*". En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité reunido subrayó que el derecho a la salud abarca "*una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones, merced a las cuales las personas deben llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano*". Es importante enfatizar en que la salud tiene un componente individual y un componente colectivo social. El goce de salud es un bien individual, pues cada persona puede o no tenerlo, con independencia de que su familia o sus vecinos también tengan buena salud. Pero la salud tiene, además, una dimensión colectiva, si consideramos que hay factores sociales que tienden a preservarla o a quebrarla, como las epidemias, la contaminación, falta de hábitos higiénicos, entre otros.

Concepto de derecho a la protección de la salud y fundamentos sociales. No puede garantizarse a nadie un derecho a un estado completo de salud, pues esta depende de factores genéticos, ambientales y culturales, por lo que resulta más conveniente referirse a un derecho a la protección de la salud, el cual podría definirse como el sistema de normas jurídicas de diverso rango que reconoce y regula los mecanismos necesarios para lograr la protección de la salud a través de la delimitación de la responsabilidad del Estado, de la sociedad y del individuo. Las transiciones demográfica, social, económica y política han modificado y siguen transformando el espectro social y humano de Latinoamérica. Grupos y regiones hasta hace poco tiempo ignorados o callados se han vuelto presencia activa en el conglomerado social al cual han transformado, pero también han hecho más patentes las desigualdades por género, edad, etnia, región geográfica y condición económica, por mencionar algunas. Las precarias condiciones de salud, vivienda y alimentación de la población de la región, así como la escasa o nula educación y capacitación y el desempleo le impiden obtener los satisfactores mínimos. La salud debe ser uno de los objetivos del desarrollo y condición necesaria para lograr una verdadera igualdad de oportunidades entre los habitantes de los Estados. Se le debe concebir como un objetivo social que todos los sectores de la sociedad deben conseguir. La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. El acceso a los servicios de salud debe ser universal y las prioridades deben fijarse exclusivamente en función de las necesidades de las personas. La salud está ligada al destino de las naciones: a medida que los países se transformen, sus sistemas de salud también deben hacerlo. No puede haber un progreso real y general sin un sistema de salud que atienda a las legítimas aspiraciones de su población. El artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) expresa que se debe fomentar: a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales para la salud; b) el acceso a una alimentación sana y adecuada; c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo. Después de la aparición del derecho a la protección de la salud en documentos internacionales, casi todas las constituciones del continente se refieren al derecho a la salud o el derecho a la protección de la salud. Casos especiales han sido las constituciones de Argentina y Costa Rica. Sin embargo, como Bidart Campos expresaba antes del reconocimiento por la reforma constitucional de 1994, a pesar de la ausencia formal, era posible detectar que en la Constitución argentina se encontraban las bases implícitas para que el Estado se ocupara de la atención de la salud.

Función del Estado, la sociedad y los individuos. El carácter social del derecho a la salud impone deberes al poder público. Es compromiso de los Estados crear las condiciones de desarrollo necesarias para la cabal satisfacción del derecho a la salud; así, el contenido de tal derecho habrá de ser distinto en cada país de acuerdo con su grado de desarrollo. No obstante, en Latinoamérica las actividades del

Estado se han centrado no en crear las condiciones que permitan la satisfacción de esos derechos, sino en satisfacerlos. Esta situación, aunque parece afortunada, ha resultado catastrófica para la vigencia real de los derechos económicos, sociales y culturales de la región pues resulta, al menos en un régimen democrático, que el Estado tiene la capacidad económica y de gestión suficiente para satisfacer a plenitud las necesidades plasmadas del derecho a la salud (Martínez Bullé, 1991). Es vital que los Estados latinoamericanos relacionen el derecho a la salud con el bienestar general de la población, educación, empleo, vivienda, condiciones sanitarias adecuadas, medio ambiente, etc., así como que asuman su papel de organismo rector de las políticas de salud y elaboren programas de acción para el poder público. Su desempeño como organismo rector no significa que se soslaye su responsabilidad en cuanto a la salud de la población, la cual comprende tanto la prestación directa de servicios públicos de salud como la supervisión de los servicios sociales y los prestados por particulares. El Estado asume mayores obligaciones para garantizar la salud de su población con acciones de protección y fomento durante la vida de cada hombre: antes de enfermarse, para prevenir, durante la enfermedad, para curar y después de la enfermedad, para rehabilitar. En cuanto a la salud de la colectividad, también corresponde al Estado realizar acciones en beneficio de la salud de la colectividad, así como generar cambios educativos y culturales que creen o modifiquen actitudes y conductas encaminadas a evitar la generación o propagación de enfermedades. Reconocer que el Estado es sujeto pasivo del derecho a la salud no significa convertirlo en el único sujeto pasivo cargado de todas las obligaciones, ya que puede haber otros sujetos pasivos, como instituciones de seguridad social e instituciones privadas. La salud no es solo un valor biológico, sino un bien social y cultural que el Estado no puede proteger, ni acrecentar, ni restaurar sin la participación de la sociedad y del hombre en lo particular. Que el Estado tenga y asuma una responsabilidad y una gestión en materia de salud es algo propio de un Estado de bienestar pero, al mismo tiempo, se considera necesaria que también la iniciativa privada acuda solidariamente con su esfuerzo y acción y ofrezca prestaciones en el campo de la salud a las que la población tenga fácil acceso. Finalmente, y sin que se contraponga con la función esencial del Estado de velar por la salud de su población, también se reconoce como deber de cada individuo la conservación de su salud.

Referencias

V. Martínez Bullé-Goyri. Derecho a la salud como un Derecho Humano, en *Salud y derechos humanos*, México, CNDH Memorias, 1991. - H. Fuenzalida Puelma y S. Scholle Connors (eds.). *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica Nº 509, 1989.

Derecho a la asistencia médica

Jesús Armando Martínez Gómez (Cuba) - *Centro Universitario José Martí Pérez de Sancti Spiritus*

El derecho a la asistencia médica en la historia. El derecho a la asistencia médica es el derecho a recibir servicios médicos de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativos o de rehabilitación de profesionales e instituciones de salud, ya sean públicos o privados. No siempre el hombre tuvo derecho a la asistencia médica en caso de enfermedad, pues las sociedades primitivas, prehistóricas, se las arreglaron sin el derecho, regulando la vida social sobre la base de costumbres que tenían un contenido mítico-mágico bien acentuado. En estas sociedades tampoco puede hablarse de medicina propiamente dicha ni de servicios médicos, pues lo que existen son prácticas curativas basadas en la experiencia empírica, en la magia y en la creencia de que las enfermedades eran causadas por agentes o fuerzas sobrenaturales malignas de diversos géneros. La medicina es un resultado de la civilización y tiene que ver con la racionalización del conocimiento de la naturaleza de las enfermedades y las prácticas curativas. En Occidente este progreso debe verse en estrecha relación con la aparición de la concepción filosófica del mundo, alrededor de los siglos VII y VI a. C., que en sus inicios fue eminentemente naturalista o *fisiológica*. En Grecia y Roma antiguas los servicios médicos fueron generalmente de tipo profiláctico, diagnóstico y terapéutico, y se tenía acceso a ellos dependiendo de la posición que ocupaba la persona en la estructura socioeconómica imperante. Así, desde los tiempos de Hipócrates (460-377 a. C.) se registra la existencia de médicos para esclavos y libres, pudiendo ser estos últimos esclavistas ricos, clases medias o pobres de las ciudades y el campo. El acceso a los beneficios de la asistencia médica se regulaba siguiendo el imperativo de una justicia distributiva naturalista que tomaba como rasero el "mérito" –dado por la pertenencia a una clase social libre y con solvencia económica– para establecer la proporción en que se debía dar respuesta a las demandas de hombres considerados diferentes por naturaleza, a partir de la oferta disponible de servicios sanitarios. Era norma en estas sociedades que los ciudadanos

pagaran honorarios por los servicios recibidos, y en ocasiones los amos por los que se prestaran a sus esclavos, de mucha menor calidad. Aquí el derecho a la atención médica era privativo de los ciudadanos y negado a los extranjeros, vistos como bárbaros o extraños. En la Edad Media, el principio de caridad cristiana es el sustento de la práctica médica caritativa que sirve de soporte a la medicina monástica y la aparición de los hospitales, máximos garantes de la asistencia médica en este periodo, donde se tiende a aminorar o eliminar las discriminaciones a pobres y extranjeros en la atención sanitaria. El deber moral de atender por caridad, gratuitamente, a desvalidos y menesterosos, va a ser la nota característica de los servicios médicos desarrollados con una orientación cristiana en el recinto de los monasterios y los primeros hospitales. En la Edad Moderna asistimos a la era de los derechos del hombre, con la superación del antiguo régimen absolutista por las revoluciones burguesas y el nacimiento de los estados nacionales. En los Estados de Derecho liberales, el derecho a la asistencia médica tiene su fundamento en las ideas iusnaturalistas que dan lugar a la formulación de la primera generación de derechos humanos (civiles y políticos), que prescribe que al hombre le asiste por naturaleza el derecho a la salud y la integridad física. En este contexto, el derecho a la salud es visto de manera negativa, considerándose que existe con anterioridad al contrato social y a la formulación de leyes positivas, que deberán tenerlo en cuenta y protegerlo. El Estado liberal asume una actitud minimalista frente a la iniciativa privada de los particulares, de la que dependerá la efectividad de los derechos naturales protegidos –entre ellos el derecho a la atención médica–, por lo que sus regulaciones jurídicas se encaminan a evitar que los individuos sean dañados por terceros y no a garantizar el derecho a una asistencia médica real y efectiva. Los casos de beneficencia pública son aquí reminiscencia del principio moral de caridad cristiana, pues la práctica médica es entendida básicamente como profesión liberal, y la salud como una cuestión esencialmente privada, regulándose el derecho a la atención sanitaria conforme a las leyes de la economía de mercado. En la segunda mitad del siglo XIX, bajo la influencia del pensamiento social marxista, se desarrolla el movimiento obrero que aboga por los derechos humanos de segunda generación (económicos, sociales y culturales), entendiendo que estos deben sustentarse de forma positiva y no negativa, para que puedan hacer factibles los derechos civiles y políticos, y que, en conformidad con lo anterior, el derecho a la atención médica deberá depender de la iniciativa estatal y no de la privada.

El derecho a la asistencia médica en los Derechos Humanos. Los valores que sirven de fundamento a las dos generaciones descritas de derechos humanos, la libertad y la igualdad respectivamente, marcarán la profundidad de los límites entre las dos formas fundamentales de atención sanitaria que se gestan en la modernidad: la privada y la pública. En este periodo se acentúa como nunca antes el valor de la privacidad, por lo que la asistencia del médico de cabecera burgués y la organización gremial de los servicios que este presta para excluir la competencia de intrusos, no profesionales, y fijar los precios de los mismos, serán las notas más características. El derecho positivo a la asistencia médica adquiere su primera materialización práctica de peso con el triunfo de la Revolución Socialista de octubre en 1917, y la iniciativa asumida por el Estado soviético de desarrollar un sistema de salud que respondiera a las demandas del movimiento obrero y su ideología. Aquí los servicios médicos van a ser objeto de la justicia distributiva comunista, que prescribe que la asistencia médica debe brindarse de forma gratuita a cada cual, según sus necesidades. Con peculiaridades y siguiendo derroteros nacionales, esta es la forma que adoptaría el derecho a la asistencia médica en los países que optaron por la vía socialista de desarrollo económico, político y social. Asimismo, el propio sistema capitalista, que existe a expensas de la revolución constante del proceso productivo y de la correspondiente socialización de la producción, irá creando la necesidad de socializar también la medicina para que pueda responder a las demandas de atención sanitaria de sus fuerzas productivas. Lo anterior explica el desarrollo que cobra la asistencia médica pública –a través de entidades de beneficencia, seguridad social y seguro médico– y la medicina preventiva en el siglo XX, estimuladas por el papel activo que asume el Estado burgués con la implantación del modelo económico keynesiano. Estos logros adquieren expresión jurídica internacional en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 –donde se establece el imperativo de respetar y proteger a la persona humana dada la dignidad que le es intrínseca– y en los pactos firmados posteriormente para su observancia. En el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la resolución 2200-A (XXI) de 16 de diciembre de 1966, de la Asamblea General de Naciones Unidas, se reconoce el derecho de toda persona a la salud y se establecen las medidas que deberán tomar los Estados firmantes para hacerlo efectivo: a) la reducción de la mortinatalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de

enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El derecho a la asistencia médica en la actualidad. Con posterioridad a estas iniciativas jurídicas de carácter holístico, se han sucedido otras que han sido sustantivadas por organizaciones sanitarias de carácter internacional y regional, como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Médica Mundial, el Consejo de Europa y la Organización Panamericana para la Salud. Pero la situación sanitaria presente en la dos terceras partes del planeta prueba que las políticas de salud de la mayoría de los Estados del hemisferio distan mucho de haber cumplido lo pactado, notándose grandes diferencias entre países desarrollados y en vías de desarrollo o del tercer mundo (Latinoamérica, África y Asia). En 1978 se celebró en Alma-Ata, patrocinada por la OMS y la Unicef, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, en cuya Declaración se reconoció la necesidad de que los gobiernos implementaran y financiaran políticas encaminadas a desarrollar la atención primaria como solución a la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población dentro de cada país, sobre todo entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, lo que contribuyó a lanzar el movimiento de Salud para Todos en 2000. La perpetuación de un orden económico internacional injusto, y la imposición del sistema neoliberal al tercer mundo, favorecida por la caída del campo socialista en la Europa del Este en la década del 90, obstaculizaron grandemente la consecución de la meta trazada, lo que ha llevado a la toma de conciencia de la crisis que, en materia de derechos a la asistencia médica, atraviesa hoy el planeta, en el que los centros de poder radicados en el norte sustentan e imponen políticas sanitarias al resto del mundo. Se observa no solo un gran desequilibrio en cuanto a los medios y la calidad de la atención médica que se oferta en las instituciones públicas y en las privadas, sino también una sustancial reducción de los derechos a la misma debido al auge del proceso de privatización que con signo neoliberal ha hecho renacer el espíritu minimalista del Estado frente al maximalismo de la iniciativa privada de los particulares, y la toma de la relación eficiencia-costo-beneficio como rasero para desarrollar políticas sanitarias cada vez más elitistas y excluyentes. A lo anterior se suma el encarecimiento de los servicios médicos como resultado de la injerencia monopolista en la aplicación de los adelantos de la revolución científico-técnica a la atención sanitaria, manifiestos en el desarrollo con fines preferentemente lucrativos de la industria de medicamentos y de medios diagnósticos y terapéuticos; la priorización de la medicina curativa y especializada con el consiguiente abandono de programas sociales encaminados a la prevención y al desarrollo de la atención primaria en salud. La situación se torna cada vez más dramática en los países del tercer mundo, donde los programas de salud y los derechos a la misma no contemplan a sectores poblacionales, mayoritarios, que por su situación de pobreza no pueden tener acceso siquiera a niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestido y educación. No se puede brindar tutela jurídica real y efectiva al derecho a la vida, si se regula el acceso a la atención médica mediante la ley de la oferta y la demanda, que privilegia la ganancia como primer valor. Por tal razón, se torna cada vez más imperativa la necesidad de desarrollar el derecho a la asistencia médica tomando como base la observancia de los derechos humanos de tercera generación (derecho de autodeterminación de los pueblos, derecho al desarrollo, derecho al medio ambiente sano, derecho a la paz), sustentados en el valor de la solidaridad humana. De lo contrario, los países más pobres no podrán superar su atraso en materia de asistencia médica, quedando la salud de sus pueblos a merced de los avatares de la gran burbuja financiera con que hoy se abre paso el capital internacional a través de las leyes del mercado.

Referencias

J. R. Acosta Sariego (editor). *Bioética desde una perspectiva cubana*, La Habana, Centro Félix Varela, 1997. J. R. Acosta Sariego (editor). *Bioética para la sustentabilidad*, La Habana, Centro Félix Varela, 2002. - D. Gracia. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 108, Nº 1 y 2, 1990, pp. 570-585. - D. Gracia. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, Bogotá, Editorial El Búho, 1998. - P. Laín Entralgo. *Historia universal de la medicina*, 7 vols., Barcelona, Salvat Editores, 1972. - J. Armando Martínez Gómez (coord.). *Temas de filosofía, sociedad y economía*, Sancti Spiritus (Cuba), Ediciones Luminaria, 2004. - R. Paniagua Redondo. Divergencias ideológicas y Derechos Humanos, *Annales*, Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, Barbastro, XII-XIII, 1995-2000, pp. 133-146.

Derechos de los pacientes

Óscar Ernesto Garay (Argentina) - *Colegio de Abogados de la Ciudad de Buenos Aires*

Orígenes del concepto de derechos de los pacientes. Los derechos de los pacientes son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud-enfermedad. Se trata del ser humano –en su condición de paciente– que necesita sean respetados sus derechos humanos fundamentales:

a la vida, a la salud, a la integridad física, a la dignidad, a la libertad, a la información, a la identidad, a la intimidad, a la confidencialidad, al consentimiento informado, a la verdad, a una muerte digna, y otros. Se originaron paulatinamente a partir de las ideas del liberalismo político (se valoró fuertemente el principio de autonomía), el movimiento en pro de los derechos civiles, el desarrollo de la democracia participativa, la formulación del bloque de tratados de derechos humanos, la doctrina de los derechos personalísimos, el auge de la bioética, y otras razones (cambios sociales, políticos, culturales y económicos); todo ello confluyó para que se tuviera en cuenta la necesidad de formular los derechos de los pacientes. Dichos derechos se fundan en la doctrina de los derechos humanos y en las ideas de dignidad (inherente a la persona humana), de libertad (derecho a decidir por sí mismo) y en las nociones vida y salud (como derechos esenciales del ser humano). Como un valioso antecedente de sistematización de los derechos en cuestión se puede citar la Carta de Derechos del Paciente, elaborada por la Asociación Americana de Hospitales (1973). La Asociación Médica Mundial (AMM), en su XXXIV Asamblea Médica Mundial, aprobó la Declaración de Lisboa (1981) sobre los Derechos de los Pacientes –actualizada en Bali (1995)–. Esta necesidad de formular los derechos de los pacientes en Cartas o Declaraciones se expandió a Europa, y luego a los países del continente americano. Estos derechos deben ser reconocidos por igual a todas las personas enfermas (principio de igualdad) sin que obsten, a su operatividad, razones o causas meramente discriminatorias. Podemos catalogar los derechos de los pacientes conforme a tres conceptos básicos a partir de los cuales se derivan los derechos de la persona enferma: vida-salud, dignidad, y libertad-autonomía, y agruparlos tomando como referencia el listado de la Declaración de Lisboa-Bali (DLB).

Derechos a la dignidad, la vida y la salud. 1. La dignidad no es, en sentido estricto, un derecho subjetivo, sino un estado o condición inherente, calidad ontológica del ser humano. Es decir, el ser humano no "es" dignidad sino que "posee" esta calidad, condición o estado propio de un ser *libre* e *idéntico* a sí mismo. El reconocimiento de la dignidad de las personas es el fundamento moral de la idea de derecho: obliga a considerar a la persona siempre como fin en sí misma y nunca como medio; establece la inviolabilidad de la persona, asegurando su indemnidad tanto en la faz externa (salud, integridad biopsicosocial) como interna (privacidad- confidencialidad), e impone la necesidad de considerar a las personas como sujetos y no como objetos; como portadoras de dignidad y no de precio. 2. La *vida* (del latín *vita*) es un atributo inseparable de la persona humana que condiciona su existencia con el consecuente desenvolvimiento material y espiritual del hombre. Cuando se habla del derecho a la vida se está haciendo mención expresa a un derecho humano fundamental; el concepto abarca, como correlativos, el derecho a vivir y el derecho a conservar la vida. 3. Como directa derivación del derecho a la vida, están el derecho a la salud y el derecho a la integridad física del hombre. Por ello, en derecho se habla del "derecho a la protección de la salud" o del "derecho a la preservación de la salud". Estos son derechos naturales que se fundamentan en las Declaraciones Internacionales de Derechos Humanos. El derecho a la vida está formulado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (artículo 1), en la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (artículo 4, inciso 1), en la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 3), y en la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 6.1). El derecho a la preservación de la salud está contemplado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25) y por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12). El Pacto de San José de Costa Rica dispone que "*toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción*" (artículo 4.1). Como correlativos de esos derechos están el derecho a la asistencia sanitaria y el derecho a la disposición del propio cuerpo.

Derechos a la información y a la educación. 1. El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona no debe ser entregada a este sin el consentimiento de dicha persona. Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local, de forma que el paciente pueda entenderla. El paciente tiene derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona. El paciente tiene derecho a elegir, si alguno debe ser informado en su lugar. En la Ley N° 3076 sobre Derechos del Paciente de la Provincia de Río Negro, Argentina (Ley 3076, ARG), el paciente tiene derecho a "*ser advertido en caso de que el centro de salud se proponga realizar experimentación biomédica que afecte su atención o tratamiento, en cuyo caso tiene derecho a rechazar su*

participación en dichos proyectos de investigación" (artículo 2, inciso n). Asimismo, el paciente tiene derecho, "*en los establecimientos pagos (a) examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos, independientemente de quien vaya a abonar la cuenta*" (artículo 2, inciso ñ). En la Ley N°153 de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el paciente tiene derecho al "*acceso a la historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso*" (artículo 4, inciso d). 2. Derecho a la educación en salud. Es deber del equipo de salud cooperar con las autoridades sanitarias a proteger el derecho a la educación sobre la salud y servicios de salud disponibles incluyendo información sobre estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades con responsabilidad personal de cada uno por su propia salud (DLB, artículo 9).

Derechos a la intimidad, la confidencialidad y la verdad. 1. El principio de intimidad ampara el derecho a ser dejado a solas, a velar y a excluir de las miradas de terceros, la interioridad, los pensamientos, el núcleo central de la personalidad. El derecho a la intimidad se fundamenta en la dignidad de la persona humana. Cuando el paciente es violado en su derecho a la intimidad por el profesional de la salud (en forma consciente o inconsciente), hay una afrenta que aquel sufre en su dignidad. La Declaración Universal de los Derechos del Hombre (artículo 12) proclama que "*nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques*". El Pacto de San José de Costa Rica se pronuncia en similares términos en el artículo 11.2. La Asociación Médica Mundial prescribe que "*la dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores*" (artículo 10, inciso a). 2. Lo confidencial es, según el Diccionario de la Real Academia Española, "*lo que se hace o se dice en confianza o seguridad recíproca entre dos o más personas*". En el campo de la salud se relaciona con los conceptos *intimidad*, *privacidad*, *confianza* y *secreto médico*. La confidencialidad reside en los datos que una persona brinda a otra en la creencia que los mismos serán resguardados. La confidencialidad es quebrantada, en cambio, cuando quien recepciona o es depositario de los datos que le fueron revelados (por ejemplo, por causa de su profesión: abogados, médicos) los revela a terceros sin justa causa. El secreto profesional, a su vez, es la contracara del derecho a la confidencialidad. Este se presenta como un derecho en cabeza del paciente. Aquel, es un deber ético y una obligación jurídica (y un derecho) que pesa sobre los profesionales del equipo de salud. El derecho a la confidencialidad ha sido regulado en las declaraciones o leyes que se expidieron sobre los derechos de los pacientes. El secreto profesional fue establecido (como deber-obligación-derecho) en los códigos deontológicos y en las leyes que reglamentaron las actividades de médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud. 3. El paciente tiene derecho a que los integrantes del equipo de salud se relacionen con él, respetando el principio bioético de veracidad (el paciente decide y organiza su vida de acuerdo con la realidad de su enfermedad). La dignidad del paciente se respeta cuando se le informa en forma completa, adecuada y conforme a la verdad (no con mentiras, engaños o falsedades).

Derecho a la autodeterminación. 1. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o a negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza en medicina. 2. Derechos del paciente inconsciente. Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible y cuando sea legalmente pertinente. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, sobre la base de lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que este rechazaría la intervención en esa situación. Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse. 3. Derechos del paciente legalmente incapacitado. Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal, cuando sea legalmente pertinente; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad. Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, estas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal. Si el representante legal del paciente o una persona autorizada prohíbe el tratamiento que,

según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legalmente pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente. El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente en casos excepcionales solo y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de la ética médica.

Derecho a una atención médica apropiada y de calidad. 1. La atención médica debe ser la adecuada a la enfermedad del paciente. El paciente siempre tiene derecho a un servicio médico profesional e institucional, ético e idóneo. Lo que va a variar es el tipo de prestación médica, la cual debe estar de acuerdo con la enfermedad que padezca el enfermo. El profesional del equipo de salud debe proporcionar el servicio médico-científico correcto, y utilizar el instrumental tecnológico adecuado a la naturaleza de la enfermedad en cuestión, para lograr efectividad y eficiencia en su trabajo. 2. Derecho a la atención médica de buena calidad. La dignidad del paciente exige que la atención médica no sea cualquier asistencia, sino una *atención médica de buena calidad*. Una asistencia médico-sanitaria de buena calidad debe ser aquella que "supera lo común", que evidencia superioridad o excelencia. Para el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, "a *pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de calidad de la atención en salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones*" (artículo 117). 3. Derecho a ser atendido por un médico que el paciente sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética sin ninguna interferencia exterior. El paciente tiene derecho a que lo atienda un médico que, además de poseer competencia científica, tenga independencia técnica y moral. El paciente va a tener mayor confianza en la capacidad y la lealtad del médico, si le consta que este tiene independencia o autonomía técnica y moral para decidir según su propio juicio. Así lo establece la Asociación Médica Mundial en sus doce principios sobre la Prestación de la Atención Médica en cualquier Sistema Nacional de Atención Médica cuando dice: "*La independencia moral, profesional y económica del médico debe ser asegurada*". 4. Derecho del paciente a ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados. El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial estipula que "*el médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad*"; y ello lo debe poner en práctica, respetando los mejores intereses del paciente: su *vida* y su *salud*, su *dignidad* y su *libertad*. Toda la praxis médica debe ser acorde a la ciencia médica; esto es, a "*los principios médicos generalmente aprobados*". 5. Derecho a que la seguridad de la calidad sea siempre parte de la atención médica. Los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos. La seguridad de la calidad de la atención médica debe ser parte del compromiso ético del médico del actuar siempre en beneficio del paciente. Las medidas de bioseguridad que se deben instrumentar en las instituciones conllevan un doble fin: la indemnidad del paciente y la seguridad del profesional, en cuanto a la adquisición ocupacional de enfermedades. 6. El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal que trata al paciente. Oportunamente, la Declaración de los Derechos de los Pacientes de la Asociación Americana de Hospitales (1973) prescribió: "*10. El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de atención*". El derecho a la salud del que gozan todas las personas empezará a ser realidad si, aparte de batallar contra otros factores básicos (jurídicos y económicos principalmente), se instrumentan los medios necesarios para que la accesibilidad en tiempo propio al servicio de salud sea posible –y durante todo el tiempo que el enfermo necesite ser asistido médicamente (desde el *prisma de una continuidad razonable de la atención médica*)–, acercando la realidad al deber ser. 7. El paciente tiene derecho a recibir de parte de un centro de salud, de acuerdo con su capacidad, una evaluación, un servicio o la remisión a otra institución, según lo indique la urgencia del caso. El paciente, de acuerdo con la patología que presente, y sobre la base de la capacidad instalada de la institución médica (complejidad y posibilidades tecnológicas y recursos humanos), tendrá derecho a: i) en caso de *urgencia*, a que se le brinden los servicios médicos que la urgencia o el estado de necesidad indiquen. Se trata de un deber moral y una obligación jurídica de todo establecimiento de salud. En caso que la institución no cuente con la capacidad adecuada para atender la emergencia que presenta el paciente, se deberán tomar las medidas de cuidado médico que el caso requiera, e instrumentar el traslado del paciente a otra institución; ii) a que se le efectúe una evaluación de su condición de salud-enfermedad, o se le brinde un servicio de salud. 8. El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si

forman parte del sector público o privado. Como principio, los pacientes tienen libre decisión para elegir el médico que los va a atender. Este derecho va a estar sujeto a las modalidades operativas de los sistemas de atención de la salud: público, seguridad social y privado. 9. Derecho a la segunda opinión. El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento. La libertad de elección en cabeza del paciente, incluye el derecho a una segunda opinión. Es la consulta del paciente a un segundo médico con el objeto de confirmar el diagnóstico o pronóstico realizado por el primer médico.

Derecho a la asistencia espiritual y moral y a una muerte digna. La Declaración de Lisboa estableció que "*el paciente tiene el derecho de recibir o rechazar la asistencia espiritual y moral, inclusive la de un ministro de una religión apropiada*". Este derecho se relaciona con la libertad de religión. Y el derecho a una muerte digna se relaciona con la aspiración del ser humano al "buen morir", sin sufrimiento, sin dolor, con la adopción de la conducta médica más correcta posible para que el paciente próximo a su fin tenga una buena muerte, sin adelantar ni atrasar artificialmente ese momento. El derecho a una muerte digna está directamente vinculado con la atención médica al paciente terminal y con la eutanasia.

Referencias

O. Garay. *Derechos fundamentales de los pacientes,* Buenos Aires, Ad-Hoc, 2003. - O. Garay. *Ejercicio de la enfermería*, Buenos Aires, Ad-Hoc, 2005. - O. Garay. *Código de derecho médico*, Buenos Aires, Ad-Hoc, 1999.

Los hospitales en América Latina en función de la moral pública

Constanza Ovalle (Colombia) - *Universidad El Bosque*

Breve historia de los hospitales en América Latina. Con la llegada de los nuevos colonos a América se inició la desaparición de la mitología prehispánica médica, así como de los lugares donde se adoraba a los dioses. Aparecieron en cambio, en las capitales de la Nueva España, edificios públicos, iglesias y hospitales. Los hospitales fueron instituciones que desde sus inicios representaban una moral cristiana, cuyo valor fundacional era la caridad ejercida por el clero en defensa de la religión católica. En el mismo sentido se promovía una moral basada en sentimientos como la piedad y la compasión. Esta institución de corte religioso recibió el nombre de *nosocomios*, que persistieron hasta el siglo XVIII en buena parte de América Latina. El motivo principal del establecimiento de estos hospitales en las nuevas colonias respondía a la necesidad de solucionar problemas de salud, como las epidemias; las enfermedades de la época más frecuentes, como la diarrea, la disentería, la fiebre tifoidea, la viruela, las enfermedades de la piel y respiratorias, el sarampión y el tétanos. La manera de combatir estas dolencias y brindar los cuidados corporales necesarios se hacía combinando la medicina indígena con la medicina occidental heredada de Galeno e Hipócrates, mientras que para los cuidados espirituales se llevaban a cabo las obligadas oraciones y plegarias del caso. De aquí que en los hospitales, además de albergar un cierto número de pobres, se atendían los enfermos españoles. El primer hospital, San Nicolás de Bari, se fundó en 1502 en la colonia conocida como La Hispaniola, hoy Santo Domingo. Diez años después, en esta misma colonia se construyó el Hospital de San Andrés. El tercero, aproximadamente en 1521, se construyó en Panamá por ser un importante punto de partida para la ampliación de las colonias. Alrededor de 1522 se fundaron dos hospitales más, uno en Santiago de Cuba, el Hospital Mercedes, de La Habana, y otro en Puerto Rico, el Hospital de la Concepción de Nuestra Señora. En 1524 Hernán Cortés fundó el Hospital de la Limpia Concepción, hoy conocido como el Hospital de Jesús en México. Como dato curioso, Fajardo G. (1980), en su obra *Breve historia de los hospitales de la ciudad de México* señala lo siguiente: "*En el siglo XVII esta institución contaba con tres capellanes y un sacristán, en representación del gobierno: un contador, un cobrador, un abogado, un escribano y un procurador; en el ámbito clínico: un médico, un cirujano, un barbero, un sangrador, un enfermero y una enfermera; en los servicios generales: una cocinera y once esclavos. Todo este personal estaba bajo las órdenes de un administrador*". Es pertinente anotar que antes de las fundaciones de estos hospitales existieron unas enfermerías en cada uno de los fuertes o fortalezas que erigió Colón, donde se atendían los enfermos de combate. Solo a partir del 7 de octubre de 1541, según aparece en el Archivo General de las Indias, se ordena construir en todos los pueblos hospitales independientes para españoles, para indios y para negros. A propósito, en 1552 en México, en cercanías del convento de San Francisco se fundó el Hospital Real de los Indios, con poca participación de la autoridad religiosa, y con una mayor contribución laica, como medida oficial de proteger la salud del indígena. En ocasiones se llegó a atender hasta mil indígenas. Dicha institución se sostenía con las rentas reales que pagaban los indios, y posteriormente se ayudaba de la venta de entradas al teatro del pueblo (Fajardo, 1996). En las primeras publicaciones del continente americano se daban a conocer las

enfermedades más comunes, así como los problemas y secretos de la medicina indígena. Así, en algunos informes administrativos, como también en la literatura de la época se señalan varias de esas observaciones y se relata asimismo cómo los hospitales de la época, se caracterizaban por su poca higiene y porque los enfermos sufrían de hambre y de frío. En el siglo XVI surgen los organismos encargados de vigilar el ejercicio de la medicina a los cuales se les llamó protomedicatos. En el siglo XVII, en el Hospital de Jesús, se enseñó por primera vez la práctica de la anatomía humana con la ayuda de cadáveres. Hasta entrado el siglo XIX, en los hospitales se hospedaban no solo enfermos, sino también mendigos a los que se les proporcionaba sustento y alimentación. Podemos concluir que hasta el siglo XX existieron instituciones hospitalarias de beneficencia donde se prestaba atención gratuita para quienes no podían pagar. Hoy existen todavía hospitales que funcionaron en la época de la colonia. Ciertamente han sufrido cambios en su infraestructura en razón a la adquisición de equipos y ampliación de los servicios, así como de los requerimientos administrativos. Sin embargo, en algunos casos los pacientes siguen siendo atendidos por personal religioso que viene siendo remplazado por profesionales de enfermería. En respuesta a los cambios de índole social, económica y política, propios del siglo XX, a mediados de los años de 1940 (en 1943 en México), surge la seguridad social con la cual el Estado asume la responsabilidad de los servicios de la salud como una labor ya no de beneficencia, sino como una obligación de brindar asistencia. Esta es una obligación moral y social cuyo servicio debe ser prestado a través de organismos públicos o establecimientos privados supervisados por el Estado. Se inauguraron los primeros hospitales gubernamentales, se abandonaron las edificaciones de tipo religioso, y se construyeron edificios modernos dotados de pabellones. En principio, los servicios de salud fueron en su mayoría patrimonio del Estado. Sin embargo, aparecen en menor cantidad las primeras instituciones privadas, las cuales tan sólo se ocupaban de dar una atención especializada. Los hospitales asumen múltiples funciones dentro de este nuevo contexto, entre las cuales sobresalen las técnico-administrativas, las médicas, las de carácter académico y de investigación.

Importancia de las distintas concepciones de la salud en el establecimiento de una moral pública. Las concepciones científicas acerca de la salud y la enfermedad influyeron en el trazado de las políticas públicas en salud y, por tanto, en la construcción de una moral pública en dicho campo. A finales del siglo XIX la teoría microbiana y el descubrimiento de un agente externo como la causa de la enfermedad dio origen al modelo higienista. Un modelo que hacía énfasis en la importancia de corregir a través de medidas higiénicas aquellas condiciones ambientales que incidían directamente en la producción de la enfermedad. En 1946, durante la Conferencia Sanitaria Internacional, se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS); en 1947 se creó la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas organizaciones participaron en la discusión y el planteamiento de políticas de salud en los diferentes países latinoamericanos. En este nuevo contexto se dio paso al concepto de la salud pública, más conocido en la segunda década del siglo XX en América Latina como "*la salud del pueblo en general*". Con esta nueva medicina, la preservación y la curación del individuo y de la comunidad se extendió a la prevención de la enfermedad. Se notó a la vez la influencia de Estados Unidos a través de su preocupación por el desarrollo económico y social de los países latinoamericanos. Por lo cual, se establecieron diferentes programas de investigación orientados a la salud, entendiendo que esta es el principal componente del nivel de vida de los individuos. Se ampliaron los servicios de salud en los hospitales prestando diversas ayudas de diagnóstico, y tratamiento, con nuevas tecnologías y laboratorios de análisis clínico. La creación de la medicina preventiva permitió que "el hospital dejara de ser solo un lugar de curación" y diera paso a la prestación de una atención más integral, producto de un equipo de trabajo conformado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, dietistas, psicólogos, así como el apoyo del personal técnico y administrativo. En los años de 1960 fueron de particular interés para la región latinoamericana, en la búsqueda de soluciones a los problemas sociales y económicos, los aportes del economista W. Rostov, quien planteó la teoría de los estados de crecimiento económico. En esta teoría toma importancia el modelo de la salud para el desarrollo. En este sentido, se creyó importante invertir en la organización de los servicios de salud nacionales y locales, e integrar las fuerzas de cooperación para promover el crecimiento económico a través de asesorías directas de la ONU, cuyos organismos la Cepal, la OPS y otras agencias internacionales prestaron a diversos países de América Latina. Se pensó que el bienestar social sería el resultado natural del crecimiento económico que se esperaba con las inversiones realizadas en su momento. La salud se encuentra ahora ligada a las condiciones generales de vida de la población. En consecuencia, mientras que la atención curativa fue restringida a la práctica privada y a los hospitales, se estableció un nuevo modelo que permitía políticas de intervención social. Para tal fin, se importaron las

concepciones multicausales de la enfermedad (son múltiples los aspectos etiológicos de la enfermedad: biológicos, hereditarios, psicológicos, sociales, culturales), expuesta por Brian MacMahon. Al incluir como aspectos etiológicos los psicológicos, sociales y culturales, es necesario para el manejo de la enfermedad el apoyo de las ciencias humanas y sociales, adquiriendo el carácter de una *medicina social,* término con el que fue ampliamente conocida en los distintos países latinoamericanos. Los hospitales se convirtieron en centros universitarios, y se valoraron dentro de un esquema de atención los de mejor calidad, desde el punto de vista tecnológico, y a la vez, son considerados centros de investigación en la salud. En este nuevo esquema la salud es entendida como un sector más dentro del Plan Nacional de Desarrollo. De esta manera, los Estados asumieron el manejo de la salud como un servicio público con políticas unificadas, para lo cual se incrementó la intervención de las instituciones que hayan optado por prestar este servicio, fueran o no propiedad del Estado. Con lo anterior, se establece una clara intervención de lo público en lo privado. Una moral pública de la que se infiere un control del Estado en lo que tiene que ver con la salud y el bienestar de los individuos y los particulares. Sin embargo, dicha intervención se legitima como un derecho humano básico a la atención de la salud. La salud como bienestar fue adquiriendo un estatus de verdad. Se le apropia de manera positiva e influye en la formación de nuevos sujetos que reflejan un estilo de vida que, aun cuando respondía en un principio a un interés particular, se transforma rápidamente en un interés colectivo, favoreciéndose así un control más global. Por lo anterior, se expande la intención de ampliar la cobertura de la atención en salud a los países de la región, entre otras cosas motivados por la disponibilidad de nuevos medios tecnológicos para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades. Se asume como una responsabilidad social la meta formulada por la OMS: "*alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud*". A finales de la década de 1980 se decidió enfrentar este reto a través de políticas neoliberales, en una coyuntura en la que se observa una disminución del gasto social, relacionada con la crisis económica de gran parte de los países de la región, y con la imposición de un ajuste fiscal por parte del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Lo público y lo privado. La mayoría de los países latinoamericanos minimizaron la intervención del Estado a expensas del crecimiento del sector privado, en lo tiene que ver con la prestación de los servicios de salud. Al privatizar los servicios públicos, se favoreció el desmonte del monopolio del Estado. La responsabilidad de la prestación de los servicios se encuentra amparada bajo el régimen de la seguridad social, pero quienes prestan los servicios, en su mayoría, forman parte del sector privado. Por lo cual se inicia una escalada de instituciones privadas, y se instituye la salud como un bien productivo, con grandes expectativas para este sector. Las necesidades de los individuos en el campo de la salud se tornan *del interés* para los grupos de elite a medida que *comienzan a volverse económicamente rentables y políticamente útiles* (Foucault, 2000), siendo este un mecanismo de control que termina formando parte del entramado social. Las necesidades humanas en el siglo XXI se convierten en motivo de estudio del mercado. Se investiga sobre las carencias de las personas y sus sueños, a los que el mercado responde con rapidez. Las nuevas tendencias estéticas que se ofrecen a través de los medios de comunicación prometen una apariencia mejor, además de la posibilidad de experimentar sensaciones extremas. El mercado ha encontrado, en la graduación del placer, la esperanza de un cambio. Las mejoras en salud son tan solo una manera de dirigir las acciones y los comportamientos de las gentes en pro de sus intereses económicos. Son mecanismos de control altamente efectivos que no solo involucran los cuerpos, sino las formas de pensar y la vida misma. Los fines de la medicina, en cuanto al mejoramiento de la calidad de vida y búsqueda de un mayor bienestar, se ven seriamente comprometidos ante la parafernalia de la tecnología y otros medios o herramientas que satisfacen los intereses de las multinacionales que vieron en la salud una forma de manipular a la población y, de allí, derivar un beneficio económico. En esta perspectiva los hospitales, con el deseo de lucrarse, se convierten en instituciones administradoras de la salud que incorporan, cada vez más, los instrumentos que les permiten ser efectivos ante las necesidades y expectativas del usuario, que paga sumas bastante elevadas con el propósito de dar respuesta a sus sueños y fantasías. Por este motivo, las instituciones solo atienden a quienes pueden pagar. La gran mayoría de la población comparte los deseos de cambio, pero no accede a los servicios por falta de recursos económicos, y presiona al Estado por razones de vida y calidad de la misma, para que sean admitidas sus aspiraciones dentro los planes de los distintos seguros que cubren la salud. El racionamiento de los recursos y la prestación de los servicios, en la lógica de la calidad, han normalizado sus políticas en torno a los intereses de la nueva empresa. De lo contrario, los hospitales entran en crisis y en algunos casos se ven abocados al cierre. En conclusión, se ve amenazada la salud de la sociedad si se deja tan solo a cargo del sector privado. Se ha limitado el carácter

universal del acceso a la salud, puesto que al circunscribir la prestación de los servicios al potencial adquisitivo de las personas, recae la responsabilidad de la salud sobre el ciudadano, obstaculizando el ejercicio pleno de este derecho. Así surge de nuevo la inquietud de si la atención a la salud debe seguir siendo responsabilidad del sector público o ser tan solo prestada por el sector privado.

Referencias

Autores Varios. *La salud en Colombia.* Bogotá, Editorial Presencia Ltda. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación. 1990. - S. Castro. Biopolíticas imperiales. Nuevos significados de la salud y la enfermedad en la Nueva Granada, en S. Castro (ed.), *Pensar el siglo XIX. Cultura, biopolítica y modernidad en Colombia,* Universidad de Pittsburgh, Instituto Internacional de Literatura Iberoamericana. 2004. - G. Fajardo. *Breve historia de los hospitales de la ciudad de México*. México, Litografía Rendón. - M. Foucault. *Defender la sociedad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000. - F. González, A. Navarro, M. A. Sánchez. *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona, Grupo Ars XXI de Comunicación. 2005. - M. Kottow. Bioética prescriptiva. La falacia naturalista. El concepto de principios en bioética, en Autores Varios, *Estatuto Epistemológico de la bioética*, México, UNAM, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco, 2005. – F. Ortiz. Hospitales, en *Colección Medicina: Ciencia y Humanismo*, Bogotá, McGraw-Hill Interamericana, 2000.

Comités hospitalarios de ética

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

En 1989, cuando prácticamente no existían comités hospitalarios de ética funcionando en América Latina, abordamos el desarrollo de un proyecto de investigación sobre los mismos que conduciría a la implementación de un curso de formación para hacer posible entre nosotros la creación y el desarrollo de esta nueva figura institucional en el área de la salud. Desde aquella fecha hasta hoy se ha transitado una importante experiencia respecto de estos organismos. En algunos países han tenido mayor éxito que en otros, pero la visión de los mismos ha tenido gran impacto para concebir hoy la calidad de las instituciones de salud.

Estructura y finalidades de los comités de ética. Los comités hospitalarios de ética (CHE) son grupos interdisciplinarios que se ocupan de los problemas éticos que surgen en los hospitales como instituciones de atención a la salud. No se ocupan así, específicamente, de cuestiones institucionales más generales como las relaciones laborales y la conducta entre trabajadores de la salud. El primero de estos comités que se conoce fue el creado en la Morris View Nursing Home (New Jersey, USA) en 1976 para decidir sobre la continuación o no del tratamiento en el célebre caso de Karen Quinlan, una adolescente en coma profundo y con respiración artificial. El antecedente del comité, instituido en 1960 por Beldin Scribner en Seattle para decidir qué pacientes renales crónicos debían acceder a hemodiálisis, no reunía las características principales que a partir del caso de Karen Quinlan tuvieron los comités de ética: efectiva interdisciplinariedad y discusión centrada en la justificación ética de los problemas abordados. A partir de 1983 comienza el gran desarrollo de estos comités en Estados Unidos, y luego en el mundo, con tres grandes funciones: educativa, consultiva (v. *Consulta en ética clínica*) y normativa: la educación del hospital y de su comunidad en los grandes temas de la bioética, el análisis y discusión de casos clínicos para esclarecer problemas éticos de los mismos, y la elaboración de normas éticas, así como la implementación de las ya existentes para una jerarquización del hospital como institución. Estos comités, aunque surgidos en una institución "médica", se integran con representantes de esta y otras profesiones y sectores. En primer lugar, otros trabajadores de la salud junto al médico: enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, administradores hospitalarios. En segundo término abogados, religiosos, filósofos, antropólogos, sociólogos, etc. Por último, y muy especialmente, personas legas en cuestiones de salud, representantes del paciente y de la comunidad. El número de miembros varía de seis a veinte. Esta diversidad asegura una ética pluralista en el comité. Algunos miembros pueden tener carácter estable y otros ser convocados específicamente para cada caso o normativa a desarrollar. El Comité puede depender del Consejo de Gobierno en las instituciones públicas o privadas que lo tengan: esto los aproxima a la gestión política, pero lo aleja de los problemas clínicos. Puede depender del cuerpo médico, pero esto, si bien lo acerca a los problemas de la atención, pone en riesgo su objetivo principal: la defensa de los intereses del paciente. Puede depender, por último, de la administración del hospital: el director o el departamento de investigación y docencia. Quizás sea esta la alternativa más equilibrada. En cualquier caso, su inserción se hace como órgano asesor. Debe señalarse que aunque es recomendable en lo posible la separación entre comités de ética de la investigación (v.) y comités hospitalarios de ética, es posible constituir un comité hospitalario de ética que incluya una comisión dedicada específicamente a la investigación, con todos los requisitos de estructura, composición y procedimientos tradicionalmente establecidos para ello. Esta modalidad suele establecer mayores contactos entre la realidad de la atención y la realidad de la investigación

biomédica, y ha sido frecuente observarla en los hospitales públicos, en especial durante la década de los noventa.

La función educativa de los comités de ética. Para cumplir su función educativa, el grupo que integrará el comité debe transitar en primer término por una etapa de autoformación. El coordinador y otros miembros deberán discutir libros y artículos básicos, revisar casos clínicos ya cerrados, y desarrollar otras actividades para poder entrenarse en su función. Luego, y acaso paralelamente, se inicia una tarea educativa en el hospital: conferencias, jornadas, cursos, audiovisuales y otras actividades. Por último, el comité se proyecta hacia la comunidad: pacientes, familiares, centros comunitarios, para discutir los grandes temas de la bioética. Su tarea educativa enlaza con la experiencia que le brinda su función consultiva y que le permitirá, con el tiempo, ejercer su función normativa. Desde el punto de vista consultivo (función que es tratada en otra entrada de este Diccionario), el comité comienza con una revisión retrospectiva de casos ya cerrados para adquirir habilidad en la identificación de problemas, cursos de acción y justificación ética de las alternativas. Luego decide qué casos recibirá en consulta: si los de un servicio determinado (ejemplo, terapia intensiva) o los de todos los servicios; si los de un tema determinado (ejemplo, veracidad, prolongación de la vida) o los de cualquier tema. También debe establecer quién puede consultar (médicos, enfermeras, pacientes, familiares); a quién se le informará de los resultados; quién podrá participar de las reuniones; etcétera. Y, sobre todo, el comité debe establecer en los distintos casos si sus conclusiones serán en forma de exposición de ventajas y desventajas en las alternativas, sugerencias de acción o recomendaciones.

La función normativa de los comités de ética. El comité debe hacer respetar en el hospital, en primer lugar, las normas éticas de reconocimiento internacional establecidas progresivamente en el campo de la salud después de la Segunda Guerra Mundial: las declaraciones de Ginebra, Helsinki, Sidney, Venecia, y otras de la Asociación Médica Mundial, los instrumentos pertinentes del derecho internacional de los derechos humanos, y otros documentos de gran relevancia, como la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la Unesco (2005). Luego puede dedicarse a la elaboración de normas éticas de procedimiento. Para ello el comité define el tema que será sujeto a normas, recopila información ya existente, consulta a personal del hospital sobre la factibilidad de las normas, evalúa el lenguaje de las mismas para hacerlo ampliamente comprensible y revisa legalmente el texto antes de aprobarlo. En bioética se ha diferenciado entre pautas (*guidelines*) y normas (*policies*). Las pautas cumplen una función asesora o de consejo, mientras que las normas tienen un carácter obligatorio. Si el comité ha alcanzado un alto grado de consenso acerca de los estándares exigibles para una práctica ética, es preferible que elabore una norma antes que una pauta. Pero si hay incertidumbre o desacuerdo acerca del camino más apropiado, entonces es preferible que se redacte una pauta. Sin embargo, como las actitudes cambian con el tiempo, a veces puede ser necesario cambiar pautas en normas. Aunque las normas son obligatorias, debe entenderse que una norma dada puede permitir juicios discrecionales en instancias específicas. En el proceso de diseño de las normas en bioética pueden seguirse estos pasos: 1. Determinar qué tópicos o cuestiones necesitan ser sujetos a normas. 2. Recopilar información pertinente y normas usadas por otros hospitales y someterlas a crítica. 3. Asegurarse claramente de si las acciones o decisiones son mandatorias o discrecionales. 4. Evaluar el lenguaje de la norma en su claridad y aplicabilidad práctica. 5. Si hay sanciones internas (aunque esto no sea frecuente), estipularlo claramente en la norma. 6. Cuando el comité haya revisado varios borradores, consultar a los miembros más expertos de la institución, que no sean miembros del comité, para asegurar la practicidad de la norma. 7. Antes de que la norma sea aceptada por la institución, el asesor legal debe hacer una revisión de la misma. 8. Desarrollar un proceso mediante el cual el comité pueda obtener comentarios y observaciones a la implementación de la norma. Las normas deben ser, a su vez, tan breves como sea posible. Se ha considerado que tienen cuatro elementos: enunciado de la norma, enunciado de principios, lista de definiciones y lista de procedimientos. El e*nunciado de la norma* es un enunciado breve que resume el tópico general de la norma, dado el caso general y sus principales excepciones. La e*nunciación de principios* es un listado de los principios y valores principales que subyacen en la norma. Los principios no necesitan ser expresados en lenguaje filosófico; pueden ser expresados en lenguaje corriente. Los principios deben ser incluidos en la norma para que la institución de salud, los pacientes y el público puedan comprender cuáles son los valores que el hospital está defendiendo al tomar decisiones cargadas de valor. También se asegura de ese modo el que haya un fundamento ético para las normas. La *lista de definiciones* es útil para que todos los términos ambiguos resulten definidos con claridad. De ese modo se intenta que la interpretación de la norma no conduzca a resultados sustancialmente variables. La *lista de procedimientos* señala, por último, los pasos específicos, prácticos que deben

darse para implementar la norma. Deben incluirse instrucciones sobre qué hacer cuando hay desacuerdo entre los principales decisores. Si el enunciado solo asesora, se utiliza la palabra *puede*, pero si el enunciado es obligatorio, es apropiado usar *debe* o *deberá*. Hay que evitar usar condicionales como *debería*. Finalmente, deben dejarse en claro las líneas de autoridad y responsabilidad en cuanto a la aprobación y revisión de la norma. Se establecerá quién debe aprobarla, quién debe distribuirla y quién será responsable de contestar las preguntas que puedan surgir acerca de su significado o interpretación. El comité de ética debe establecer un método para educar a la institución acerca de las cuestiones implícitas en la norma, revisarla y modificarla si fuera necesario.

Según nuestra experiencia, las resistencias a la plena instauración de este tipo de comités suele ser importante por varias razones. Hay hospitales que rechazan la creación de un espacio de discusión del ejercicio del poder institucional. En otros casos, los médicos intentan predominar sobre los otros miembros y “cerrar” el comité para no exponer problemas considerados “internos”. Otros problemas más importantes son la precipitación para la resolución de casos cuando el comité aún no está capacitado; la falta de claridad en sus objetivos y la debilidad del vínculo con la dirección o con la institución en su conjunto. El comité también puede estar expuesto a la ilusión de poder cambiar más de lo que concretamente pueda modificar en su ámbito de acción. También la experiencia nos indica que el mejor modo de superar estas y otras dificultades es el trabajo en red de los comités hospitalarios de ética.

Referencias

J. C. Tealdi y J. A. Mainetti. Los comités hospitalarios de ética. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 108 (5-6): 431-438, 1990. - J. C. Tealdi. Los comités hospitalarios de ética, seis años después. *Cuadernos de Bioética* N° 1. Programa Regional de Bioética para América Latina, OPS/OMS, 1995, pp. 121-134. - K. Teel The physician’s dilemma; a doctor’s view: what the law should be, *Baylor Law Review* 27 (1975), 6-9. - R. E. Cranford; A. E. Doudera. *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making*, Ann Arbor-Michigan, Health Administration Press, 1984. - J. Wilson Ross et al. *Handbook for Hospital Ethics Committees*, American Hospital Publishing, 1986. - S. Spinsanti, I Comitati di Etica negli ospedali, en *L’Alleanza Terapeutica: Le dimensione della salute*, Roma, Cittá Nuova Editrice, 1988, pp. 99-112.

Desarrollo humano y educación

El mundo industrializado, en la perspectiva liberal, privilegia los derechos civiles y políticos porque sus sociedades han logrado satisfacer aceptablemente sus necesidades básicas para la población o presumen que con los resultados del libre mercado alcanzarán a satisfacerlas. En ese sentido, esos países se preocupan con mayor interés por una bioética centrada en un desarrollo científico y tecnológico que, como el de las industrias farmacéutica y biotecnológica, forma parte de las estrategias de desarrollo económico de los países ricos y altamente industrializados (v. *Desarrollo y dependencia*). Sin embargo, en el mundo actual la pobreza se encuentra en modo significativo incluso en países muy industrializados y con mercados de mínima regulación, generando importantes desigualdades que no son compatibles con la noción de desarrollo humano. Aceptando esta realidad, los países de orientación social-demócrata, como los países nórdicos, han construido sociedades más equitativas con políticas de mayor intervención estatal y mayor equilibrio entre los derechos civiles y políticos, y los derechos económicos, sociales y culturales. Los países y las regiones pobres del mundo reclaman con mayor énfasis estos últimos derechos porque, por ejemplo, en una región como América Latina el porcentaje de población en la pobreza, la indigencia y la exclusión es mayoría. Así, la bioética en nuestros países está obligada a tener mayor interés que otras regiones en la justicia frente a las inequidades de la pobreza, la discriminación y las desigualdades por género o situación económica o social; en la salud pública y el derecho a la salud frente a la desprotección individual y comunitaria; y en la educación y el desarrollo humano (v. *Escuelas rurales y desarrollo humano*). Estas diferencias explican por qué en los países industrializados puede observarse a veces una completa disociación de la bioética con la protección de estas prioridades de reflexión en los países pobres. Estas diferencias también explican por qué para los países pobres, en cuya realidad está vulnerada la ética mínima de los derechos económicos, sociales y culturales, es inimaginable la construcción de una bioética que no comience discutiendo los límites de la moralidad con la inmoralidad antes que las refinadas fronteras analíticas del lenguaje moral, con lo importante que son estas.

Bioética y desarrollo científico y tecnológico. Después de explicitadas aquellas diferencias, podemos decir que la bioética, entendida en un sentido suficientemente amplio para abarcar las distintas visiones regionales de la misma, ha enfrentado desde su origen los problemas de respeto de la dignidad humana en la atención y el cuidado de la vida y la salud; los problemas de justicia en los sistemas de atención de la salud pública; y los problemas del poderío y ambigüedad moral del desarrollo científico y tecnológico para la supervivencia de la especie humana y el bienestar de las personas. Por eso, es cuestionable una noción de bioética que no exprese con claridad su reflexión sobre las necesidades básicas de los seres humanos y sobre los problemas éticos de la vida y el vivir humanos que ellos encierran (v. *Educación para el desarrollo humano*). Igualmente cuestionable es aquella bioética que hable de 'progreso' o 'adelanto' científico-tecnológico sin considerar que la noción de 'adelanto' es controvertida en su significación, ya que presupone un sentido evaluativo que, a la luz de la falta de desarrollo humano en el mundo, no puede ser sino condenable. Una noción de bioética en esa perspectiva no es compatible con los desarrollos teóricos y prácticos que, aun con sus diferencias en autores y países, han caracterizado en modo amplio lo que se entiende por bioética. Por eso, en el momento de pretender identificar los problemas bioéticos del mundo de hoy, debemos dejar de lado la expresión "adelantos científicos y tecnológicos" para sustituirla por la expresión "desarrollo científico y tecnológico en el campo de la atención y el cuidado de la vida y la salud", porque de otro modo dejaríamos de ver los problemas éticos que emergen de la ambigüedad de este desarrollo (v. *Antropología y desarrollo sustentable*). Sobre esta cuestión ya llamó la atención la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1975 con su Declaración sobre el uso del progreso científico y tecnológico en los intereses de la paz y para el beneficio de la humanidad, advirtiendo sobre el peligro potencial que el progreso científico y tecnológico puede representar para los derechos civiles y políticos y para la dignidad humana, y haciendo un llamado a los Estados para prevenir consecuencias dañinas (v. *Ciencia y tecnología*).

Educación y bioética para el desarrollo humano. En ese marco de referencia, ¿cuáles son los fines de educar en bioética para el desarrollo humano? A la educación se le han dado distintos fines. Platón sostenía: "*Si ustedes preguntan qué es lo bueno de la educación, la respuesta es fácil: la educación hace hombres buenos y estos hombres buenos actúan noblemente*". Un médico y literato como Rabelais dirá en aquella carta que Gargantúa le envía a su

hijo Pantagruel desde Utopía y que acaso sea el manifiesto educativo más importante de la literatura universal: "*La sabiduría nunca entra en las almas malévolas y ciencia sin conciencia no es sino ruina del alma*". En otro sentido, para Aristóteles y Rousseau la educación tiene el fin político de preservar el Estado y hacer que los ciudadanos consideren la primacía del bien común frente a la felicidad individual (v. *Escuela pública*). En cualquier caso, la educación moral tiene como objetivo básico enseñar al hombre a evitar el mal. Esta es una posición que se ha sostenido para la enseñanza de la bioética en particular. No se trata de enseñar lo que es el bien, sino de saber distinguir en nuestras acciones aquellas que sean perjudiciales. Pero esto no agota el significado de la enseñanza en bioética, ya que se trata solamente de un punto de partida. Porque no hay duda de que educar en bioética debe hacer, por ejemplo, que la Declaración de Helsinki sea tan bien conocida como las variaciones de cualquiera de nuestros líquidos orgánicos, o que las declaraciones sobre derechos del paciente, situación de los enfermos mentales y moribundos, de los niños y de aquellos pacientes sometidos a tratos degradantes, resulten tan importantes como los más elementales conceptos anatómicos y fisiopatológicos. Se trata también de pretender superar esta moral mínima, básica, aun reconociendo que es sin duda la que sienta las bases para una ética posible. En la ya clásica discusión planteada desde el *Menón* sobre la posibilidad de responder a la pregunta acerca de si la virtud se adquiere mediante la enseñanza o por el ejercicio, es útil seguir el camino que Platón vislumbraba en su respuesta: la virtud debemos ir a rastrearla en la *anamnesis*, o diálogo que vuelve sobre sí mismo, que recuerda una historia personal del paciente al que asistimos, que lo reconstruye como persona y que nos hace personas a aquellos preocupados por la vida y la salud de los otros. Una educación en bioética promueve la anamnesis o recuerdo de los hechos que han ido construyendo la historia de cada paciente, de cada caso clínico, de cada catástrofe social. Se trata de una anamnesis que haga surgir el conjunto de valores presentes en esos hechos con la certeza de que nuestros valores se entretejen con los valores de los demás en una trama en la cual todos los hilos son igualmente importantes, si atendemos a los *puntos* de entrelazamiento: aquellos donde cristaliza el concepto de trama. En medicina, el diálogo de la relación médico-paciente es el primer entrecruzamiento, el punto primario. Pero estos interlocutores se abren a otros discursos: la familia, el equipo médico, la institución. La profesión médica necesita hoy, para tomar decisiones éticas, de otros profesionales de la salud y de otras disciplinas. Los comités hospitalarios de ética (v.) cumplen una importante tarea educativa en ese sentido. En primer lugar, transitan por una etapa de autoformación de sus miembros para el cumplimiento de sus funciones consultiva y normativa; en segundo lugar, se ocupan de desarrollar una tarea educativa en la institución de salud a la que pertenecen dirigida a todo el personal que lo integra esté o no ocupado en tareas asistenciales; por último, se proyectan con su tarea educativa hacia la comunidad para discutir los problemas más frecuentes en bioética con pacientes, familiares y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Pero los comités de ética, tan necesarios para la educación en bioética, mal podrían desarrollarse sin considerar el pluralismo y la racionalidad como elementos sustanciales de los mismos. Dicho de otro modo, sin tener en cuenta el concepto de la trama de valores, esa *symploké* que nos enlaza unos a otros. La bioética ha destacado este nuevo concepto del entrelazamiento efectivo de discursos donde promover el bien común a través de la educación termina siendo una cuestión de justicia (v. *Educación en bioética*). En *República*, Platón se enfrenta por primera vez a estos problemas al elaborar su curriculo para la educación de los ciudadanos atenienses: el equilibrio entre la adquisición de conocimientos y habilidades, el entrenamiento físico y la educación moral, son la base de su programa. Pero el peligro de nuestros países no es solo el no contar con parámetros éticos, sino también el pretender superar estas carencias con facilismos, imprudencias y una educación pedante. Aquella que denunció Montaigne al escribir sobre la educación de los niños y decir que el principal problema educativo de su época era el intento de llenar las cabezas con conocimientos sin una palabra de juicio o de virtud. Enseñar para Sócrates es trabajar sobre elementos naturales como una especie de partero. En Tomás de Aquino la educación se asemeja a la medicina en cuanto arte cooperativo de administrar la naturaleza. La *Didáctica Magna* de Comenio recogerá esta idea. Pero este enfoque técnico, profesional de la enseñanza, se ha opuesto siempre a la perspectiva que considera los aspectos morales presentes en la educación. Este es el conflicto actual de nuestra medicina. Hay una enseñanza de la técnica operatoria, de la biología médica y otras ciencias, pero no hay capacitación para el juicio, la prudencia o cualquier otra virtud. Se enseña a dominar conceptos y técnicas, pero no se instruye sobre cómo decidir qué debe hacerse. 'El médico debe hacer todo lo que pueda' es la inversión de toda propuesta ética. Porque hacer lo que se debe significa no hacer todo lo que se puede. Hay por ello 'virtudes' técnicas que no suponen por necesidad un imperativo ético. El médico virtuoso en la técnica puede no serlo éticamente.

Las virtudes que entrega Prometeo son virtudes para unos hombres, pero no necesariamente para todos. Manejar la fragua u operar cuerpos humanos no son virtudes para todos los hombres. Pero las virtudes entregadas por Hermes, como la santidad y la justicia, requieren ser distribuidas entre todos. En el *Protágoras* de Platón, esto aparece claro. Enseñar las virtudes políticas es algo más que razonable: se trata casi de un sentido común. Enseñar bioética atendiendo a estas preocupaciones puede ser algo más que un discurso hueco, aunque exista el peligro de que lo sea. Puede ser una forma legítima de persecución de la virtud.

[J. C. T.]

Desarrollo y dependencia

José Portillo (Uruguay) - *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*

Desarrollo y subdesarrollo. El desarrollo económico es el proceso de crecimiento de una economía, a lo largo del cual se aplican nuevas tecnologías y se producen transformaciones sociales, con la consecuencia de una mejor distribución de la riqueza y del ingreso. Las teorías económicas liberal y neoliberal han enfatizado en el crecimiento económico sobre los aspectos distributivos y las mejoras sociales y han defendido el rol del mercado en el crecimiento económico. El subdesarrollo sería la situación de los países menos avanzados, que se caracteriza entre otras cosas por tener un bajo ingreso por habitante, un reducido nivel de ahorro y una escasa dotación tecnológica. A ello se agregan altos índices de analfabetismo, elevado peso relativo de la agricultura, elevadas tasas de desempleo, grandes diferencias en la distribución interna del ingreso y elevada tasa de crecimiento de la población. La escasez de capital físico y de capital humano (cantidad de conocimientos técnicos y calificaciones que posee la población trabajadora, procedentes de la educación formal y de la formación en el trabajo) y las relaciones internacionales de dependencia condicionan el subdesarrollo.

El subdesarrollo como ausencia de desarrollo. La teoría del desarrollo señala que, para lograr el desarrollo, determinada sociedad alcanza, con la adopción de normas de comportamiento, actitudes y valores identificados con la racionalidad económica moderna, caracterizada por la búsqueda de la máxima productividad, la generación de ahorro y la creación de inversiones que llevasen a la acumulación permanente de los individuos y, en consecuencia, de toda la sociedad. En la primera mitad del siglo XX se insistió en el llamado modelo de sustitución de importaciones, consistente en el remplazo de parte de las importaciones por producción nacional, con el objetivo de propiciar la puesta en marcha de un proceso de industrialización endógeno. Más o menos contemporáneos, otros autores (Baran) entendieron que la economía socialista (estatización de los grandes medios de producción) permitiría una mejor gestión del excedente económico con la consiguiente mejor distribución de la renta y un crecimiento económico más rápido y equilibrado. Las teorías señaladas tienen en común la visión del subdesarrollo como ausencia de desarrollo.

Desarrollo y teoría de la dependencia. La teoría de la dependencia (T. Dos Santos), en sus diferentes variantes, señala por el contrario que el subdesarrollo está conectado con la expansión de los países industrializados; desarrollo y subdesarrollo son aspectos diferentes de un mismo proceso universal. El subdesarrollo no es una primera condición de un proceso evolucionista y la dependencia no sólo es un fenómeno externo, sino también interno (político, social, cultural, ideológico). La tendencia actual y creciente a la exclusión social, como resultado del aumento de la concentración económica y de la desigualdad social, parece confirmar esta propuesta teórica, sobre todo en América Latina. Para estos autores, el desarrollo del capitalismo dependiente no asegura mayor generación de mano de obra que en el pasado y, muy por el contrario, parece que la tendencia al desempleo abierto y encubierto tiende a ser mayor. Solo una gran inversión en tecnología de punta, con alto grado de educación, permitiría eludir la dependencia (Irlanda, Finlandia, Costa Rica). Los países centrales captan los excedentes económicos de los países periféricos y dependientes en parte por el intercambio comercial desigual, pero se agrava por el pago de intereses, *royalties*, servicios técnicos y remesas de utilidades abiertas o disfrazadas.

Desarrollo neoliberal de los noventa. El llamado Consenso de Washington, producido por los organismos internacionales de crédito, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, formuló una serie de recomendaciones para los países dependientes que a lo largo de la década del 90 contribuyeron a agravar la situación de dependencia. Las medidas sugeridas fueron la estabilidad macroeconómica (control de la inflación, disminución del déficit presupuestario), reforma financiera y estímulo de la competencia (promoviendo el libre comercio, facilitando la privatización y forjando políticas de competencia). Estas políticas contribuyeron al aumento de la pobreza sin crecimiento económico sostenido. Para algunos

autores (Stiglitz), estas medidas deben acompañarse de una participación del Estado, que permita corregir las insuficiencias del mercado y ampliar las metas del desarrollo. La clave para reconciliar el crecimiento económico con el desarrollo social consiste en la habilidad de la política para diseñar un proyecto democrático que genere un sistema de regulación razonable y justo de las esferas pública y privada. Algunos autores (Barkin) proponen, para el caso de América Latina, nuevas estrategias para el desarrollo rural sostenible, basadas en la participación popular, la autosuficiencia alimentaria y la regeneración ambiental. Para otros teóricos contemporáneos (Sen), el desarrollo exige fundamentalmente la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad: la pobreza, la tiranía, la escasez de oportunidades económicas, las privaciones sociales, la falta de políticas de protección social adecuadas y suficientes. La contribución del mecanismo de mercado al crecimiento económico es importante, pero solo cuando se reconoce la absoluta libertad para participar en ese juego de intercambio. La extrema pobreza contribuye a coartar la libertad. Se necesitarían cinco tipos de libertades: libertades políticas, de los servicios económicos, de las oportunidades sociales, de las garantías de transparencia y de la seguridad protectora. La cuestión de la desigualdad se puede apreciar mejor si se tiene en cuenta no solo la distribución de la renta, sino la distribución de libertades y de las capacidades fundamentales. Para corregir las insuficiencias del mercado y para que este funcione mejor, es necesaria la intervención de las instituciones que proveen servicios que no se venden, por ejemplo la educación y la salud pública.

Las Naciones Unidas y el desarrollo. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo ha creado un índice para medir y comparar a todos los países en sus logros en su capacidad para mejorar la calidad de vida de sus habitantes. El índice de desarrollo humano (IDH) es una medida sinóptica del desarrollo humano. Mide el progreso medio de un país en tres aspectos básicos del desarrollo humano: 1. Disfrutar de una vida larga y saludable, lo que se mide a través de la esperanza de vida al nacer; 2. Disponer de educación, lo que se mide a través de la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación de primaria, secundaria y terciaria; 3. Tener un nivel de vida digno, lo que se mide a través del PBI per cápita (en dólares con paridad de poder adquisitivo). Se crea un índice para cada componente y el IDH es el promedio de los índices de los componentes. Este índice permite ordenar a todos los países del mundo y evaluar anualmente los avances más o menos acelerados. El valor 1 es el máximo. Los países industrializados tienen un índice promedio de 0,935, mientras que América Latina y el Caribe tienen un índice de 0,777. Los países menos adelantados tienen un índice de 0,446. (Las cifras corresponden al Informe de 2004). En septiembre de 2000 se reunieron, en la sede de las Naciones Unidas, 147 jefes de Estado y de gobierno para considerar los problemas más acuciantes de la humanidad, en particular el subdesarrollo y sus consecuencias. Se reconocieron ocho grandes objetivos: 1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre; 2. Lograr la educación primaria universal; 3. Promover la equidad de género y el fortalecimiento social de la mujer; 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; 5. Mejorar la salud materna; 6. Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades infecciosas; 7. Asegurar un ambiente sustentable; 8. Crear un modelo global de desarrollo socio-económico. Se fijaron varias metas cuantitativas para evaluar periódicamente los logros. Los pobres resultados obtenidos hasta el presente hacen dudar seriamente de alcanzar los resultados previstos para 2015. Algunos autores (Attaran) lanzan fuertes críticas metodológicas a las medidas realizadas por el sistema de agencias de Naciones Unidas, lo cual agrava aún más los escasos logros obtenidos.

Referencias

A. Attaran. An immeasurable crisis? A criticism of the millennium developement goals and why they cannot be measured, PLoS Med 2 (10):e318, 2005. - V. Beker y F. Mochón. *Economía. Elementos de micro y macroeconomía*, Madrid, McGraw-Hill, 1994. - T. Dos Santos. *La teoría de la dependencia. Balance y perspectivas*, Barcelona, Plaza y Janés, 2002. - B. Kliksberg (comp.). *Ética y desarrollo. La relación marginada*, Buenos Aires, El Ateneo, 2002. - Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, 2004. - A. Sen. *Desarrollo y libertad,* Barcelona, Planeta, 1999.

Antropología y desarrollo sustentable

Salomón Nahmad Sitton (México) - *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Unidad Istmo*

Antropología, desarrollo global y culturas. En las ciencias sociales, y en particular la etnología y la antropología social, en el siglo XX se ha cuestionado el modelo de evolución, progreso y desarrollo manejado desde el punto de vista teórico y desde el punto de vista de las agencias gubernamentales de Occidente. Se ha considerado ese modelo por sus planteamientos lineales frente a las posibilidades de alternativas

diversas de modos de vida. Esta diversidad ofrece valores, principios y virtudes para otorgar bienestar a las personas que configuran unidades sociales con identidad propia y que tienen una larga experiencia histórica en mantener sustentablemente la vida cotidiana y la vida festiva de estos pueblos. En este sentido, la evolución y el cambio social ocurren en la experiencia de las relaciones sociales interétnicas e interculturales de manera multilineal, por lo que se confrontan con el modelo lineal que ha dominado la sociedad occidental. Para el caso de los diversos estilos de vida y modos de producción y de reproducción humana y social que estudia la antro- pología, se plantea la alternativa de un cambio progresivo con direcciones propias de carácter cultural lingüístico, de organización social y política, y de principios y valores fincados en la comunalidad de los grupos sociales. Este es el caso de más de quinientos pueblos indígenas de América Latina que tienen una continuidad en el tiempo y en el espacio manejando sus recursos humanos y naturales de manera diferenciada y sustentable, lo que les ha permitido permanecer como unidades sociales con identidad propia y con su propia imagen de comunidades integradas, articuladas y singulares frente a otras unidades sociales. De estas unidades sociales identificadas como pueblos originarios del continente americano emergieron las cuatro macrocivilizaciones que hoy reconocen la antropología y la etnología: la mesoamericana, la andina, la selvática-amazónica y la caribeña- chibcha, cuya configuración macrocultural ha permitido la reproducción con un desarrollo sustentable y continuo a pesar de la grave experiencia de la colonización europea y de la enorme inmigración de los distintos continentes que no han logrado la desaparición de estas civilizaciones y de estas culturas. En este sentido debemos señalar la capacidad que tienen para vivir un proyecto de vida propia que, en cierta manera, tenía indicadores de armonía y de justicia, dañadas por el proceso de la colonización y de la integración vertical y autoritaria del sistema nacional de cada país. El mundo moderno y globalizado, contextualizado en el estilo de vida capitalista con enormes desigualdades, ha construido fronteras de miseria y pobreza en el contexto de estos pueblos originarios de América Latina. Esto se refleja en los mayores índices de falta de salud, de higiene, de bienestar, de nutrición, de una educación intercultural y de la posibilidad de sociedades multiculturales y multiétnicas con una perspectiva igualitaria y de derechos humanos responsables. El tema central de la antropología es la cultura, entendida como el modo de vida de un grupo humano que incluye un repertorio de creencias, costumbres, valores y símbolos que permiten la reproduc- ción permanente de estos grupos que mantenían espacios geográficos milenariamente y que han sido agredidos y despojados de sus territorios donde desarrollaban sustentablemente su vida.

Sustentabilidad y proyecto multicultural de desarrollo. La importancia de un desarrollo sustentable adquirió relevancia en la conferencia internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos en Viena, en 1993, donde se reafirmó el derecho al desarrollo como un derecho universal e inalienable, y como parte de los derechos humanos fundamentales. Es indudable que, en una sociedad que respete y apoye el desarrollo o la evolución multilineal, se tendrán que promover programas sociales sobre la base de la paz social, de la erradicación de los conflictos y la violencia, y promover programas sociales y educativos, de salud y de comunicación que permitan la transformación productiva en los contextos de la cultura propia. Por ello, en los círculos académicos y en los planes de los organismos internacionales, se plantea la viabilidad de un proyecto multicultural de desarrollo sustentable con identidades propias de cada pueblo en América Latina. La antropología es una síntesis desde perspectivas humanísticas, biológicas, históricas, psicológicas, económicas, religiosas y geográficas, que tienden a un conocimiento global de la sociedad humana, abarcando a todos los grupos humanos, sean estos cazadores, recolectores, pescadores, agricultores, artesanos o vivan en medios urbanos de sociedades complejas donde el principio básico será el respeto a su propio proyecto de vida de manera sustentable y constante. Después de las conferencias internacionales sobre el tema del medio ambiente y el crecimiento económico, se alerta a la humanidad de las consecuencias que se pueden derivar, para todos los pueblos del mundo, de un crecimiento que no tenga en cuenta la limitación de los recursos naturales ni su fragilidad. Por esta razón, los pueblos indígenas nos pueden enseñar y transmitir sus conocimientos para construir un desarrollo sustentable de carácter solidario y comunitario que debe existir entre todas las naciones de la tierra. Ese es el fin de construir un sistema compartido igualitariamente donde el nivel del desarrollo de la persona o de las unidades sociales, tanto comunitarias, regionales y étnicas, puedan ser constantes y permanentes con equidad y con justicia, en especial con la inclusión de la singularidad cultural.

Referencias

The World Bank. *Social Analysis Guidelines in Natural Resource Management: incorpotaring Social Dimensions into Back-Supported Projects*, June 2005. - PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano*, Madrid, Mundi Prensa, 1993-2000. - P. Palenzuela Chamorro y J. C. Gimeno Martín (coords.). *Culturas y desarrollo en el marco de la globalización capitalista,* Sevilla, Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, 2005.

Educación para el desarrollo humano

Augusto Pérez Lindo (Argentina) -
Universidad de Buenos Aires

Definición. En diciembre de 1986 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre el derecho al desarrollo, considerándolo parte de los derechos humanos. En el artículo 2 se establecen estas definiciones: 1. "*La persona humana es el sujeto centro del desarrollo y debe ser participante activo y el beneficiario del derecho al desarrollo…*"; 2. "*Todos los seres humanos tienen individual y colectivamente, la responsabilidad del desarrollo teniendo en cuenta la necesidad del pleno respeto de sus derechos humanos y libertades fundamentales así como sus deberes para con la comunidad…*". Definir la "educación para el desarrollo humano" implica, en primer lugar, situarse en el marco de las convenciones de las Naciones Unidas que forman el código internacional de los derechos humanos. En segundo lugar, implica concebir la educación como un fenómeno multidimensional en que intervienen factores psicológicos, sociales, económicos, políticos y culturales.

Sistemas educativos y políticas de desarrollo humano. Los sistemas educativos cumplen variadas funciones: adaptar los individuos a un sistema social determinado, preparar recursos humanos para el mercado del trabajo, formar a los dirigentes, transmitir valores sociales y personales, socializar a los jóvenes, producir y transmitir conocimientos. En la década de los 90 las políticas neoliberales impulsaron reformas de la educación para adaptarla a las demandas del mercado. Quienes se oponían a esta tendencia en América Latina pusieron el énfasis en la función integradora de los procesos educativos. Otras políticas apuntaron a mejorar la calidad de la enseñanza y la capacidad para adquirir conocimientos significativos. En los informes anuales del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se destacan tres tipos de indicadores básicos: *longevidad*, *educación* y *vida digna,* los cuales se compulsan a su vez con los índices de crecimiento económico (PNB) de cada país. La esperanza de vida (longevidad) se mide a través de 15 indicadores; la educación, a través de 18, y la vida digna (ligada a los ingresos), con 28. En América Latina todos los países crearon programas para ejecutar las acciones congruentes con el desarrollo humano, cuyos informes son de consulta abierta. Una política educativa que pretenda favorecer el desarrollo humano debería tomar en cuenta por lo menos estos aspectos: 1. El acceso universal a la satisfacción de necesidades básicas; 2. La vigencia de un contexto que asegure el respeto de los derechos humanos; 3. La adquisición de conocimientos significativos para desempeñar una función social y para realizar las vocaciones diferenciadas de los individuos; 4. La transmisión de los valores culturales de la humanidad y de aquellos relacionados con las identidades de los individuos, naciones, comunidades y pueblos; 5. La adquisición de competencias y de actitudes para trabajar solidariamente en la construcción de proyectos asociativos destinados a mejorar las posibilidades de desarrollo económico, social o cultural.

Necesidades, función social y competencias. En América Latina millones de niños viven excluidos a causa de la pobreza o de la violencia. Resulta problemático plantearse políticas de desarrollo humano a través de la enseñanza en esos contextos. El conflicto entre los fines de la educación y los entornos sociales es muy frecuente. Muchos educadores motivados para brindar una educación liberadora se encuentran en esos casos asumiendo funciones que tienden a paliar las necesidades de los alumnos o a ofrecer contención. Integrar a través de la educación es una de las prioridades actuales. Casi todos los sistemas se proponen educar para el trabajo, para el desempeño profesional y para la actividad intelectual. El problema es que los cambios económicos y las innovaciones tecnológicas crean brechas entre los grupos sociales. La *educación permanente* se ha vuelto un requisito para preservar la empleabilidad y la integración social. Los individuos están obligados a revisar periódicamente sus conocimientos. Las estrategias educativas tienen que contar con *políticas del conocimiento.* El acceso a las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) se ha vuelto un requisito para tener una inserción social adecuada. Destacamos como importante el aprendizaje de competencias para trabajar cooperativamente a fin de concretar emprendimientos o proyectos destinados al desarrollo humano. La solidaridad se aprende y la capacidad emprendedora también. Muchos proyectos animados por ideologías solidarias fracasaron en América Latina porque no fueron capaces de crear las capacidades individuales y colectivas para gestionar organizaciones o para crear emprendimientos destinados al desarrollo económico-social. Por el contrario, muchos emprendimientos con inversiones en distinta escala

fracasaron porque no tuvieron en cuenta la dimensión humana del desarrollo.

Educación en valores y derechos humanos. La educación transmite valores; en esto hay un consenso universal. Pero las instituciones educativas vienen siendo desplazadas en esta función por los medios de comunicación social. Por tanto, resulta decisivo conseguir que esos medios contribuyan a difundir valores favorables para el desarrollo humano. En la actualidad predominan los mensajes consumistas, agresivos, egoístas. Además, tanto en las escuelas como en la televisión se reproducen estereotipos discriminatorios desde el punto de vista cultural, racial, religioso o sexual. Pese a los avances de los principios de los Derechos Humanos, las discriminaciones permanecen de manera implícita o explícita en muchos países. No resulta obvio que hay que difundir los valores universales de la humanidad contenidos en las convenciones de las Naciones Unidas. Sería recomendable que en las experiencias educativas se explicitaran los mecanismos por los cuales se reproducen las negaciones de la dignidad humana en cada contexto. La "negación del otro" tiene raíces culturales, religiosas, ideológicas y económicas muy profundas. La educación para el desarrollo humano debe ser reflexiva y crítica. El respeto por los valores personales o colectivos interesa al desarrollo humano en la medida en que la diversidad cultural forma parte de la identidad humana. Contra las visiones etnocéntricas, colonialistas y homogeneizadoras del pasado se alzaron en las últimas décadas distintos movimientos que defendieron las identidades de los pueblos sometidos, de las minorías, de los individuos en general. El *Informe sobre desarrollo humano 2004* de Naciones Unidas estuvo consagrado a "La libertad cultural en el mundo diverso de hoy". Los conflictos y convergencias entre las culturas constituyen un tema de actualidad. Sintetizar en la enseñanza los valores comunes de la humanidad con los valores personales, nacionales o comunitarios resulta hoy una tarea difícil, pero insoslayable. Aunque la mundialización brinda a los individuos la posibilidad de compartir múltiples culturas y valores, puede resultar una amenaza para las identidades personales o colectivas. La aldea global ha suprimido las distancias, pero no los antagonismos.

Democracia, ciudadanía y educación. Al proponer la creación del primer sistema de Instrucción Pública, en plena Revolución Francesa, Condorcet advirtió en 1789 que la democracia y la calidad de los ciudadanos dependían fuertemente de la educación. Hoy podemos evaluar las distintas experiencias educativas a lo largo de los últimos doscientos años en Europa, Asia, África y América. Necesitamos aprender de nuestros éxitos y fracasos. Todas las experiencias muestran que existe un nexo entre educación, desarrollo, calidad de vida y ciudadanía, a condición de que las estrategias nacionales tengan en cuenta la congruencia de todos los factores del proceso educativo. La articulación de los factores del desarrollo humano produce resultados favorables. La educación, en este sentido, es uno de los aspectos decisivos. Las políticas económicas y sociales tienen que ser congruentes con los fines de la educación. A su vez, los contenidos y prácticas de la enseñanza tienen que asegurar la formación de individuos libres, responsables, capaces de cooperar con los otros para alcanzar metas comunes. En este proceso, el rol del Estado sigue siendo determinante. Sin políticas públicas de educación, las instituciones tienden a disgregarse. En su nivel más profundo, los mecanismos educativos fueron creados hace miles de años para aprender a vivir y a sobrevivir. En un contexto muy diferente, hoy la educación debe retomar este mandato original: crear las condiciones subjetivas y objetivas para vivir con dignidad. Así, la educación converge con la bioética.

Referencias

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). *Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad*, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 1992. - B. Kliksberg; L.Tomassini (comps.). *Capital social y cultura: claves estratégicas para el desarrollo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000. - A. Melillo; E. N. Suárez Ojeda (comps.). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*, Buenos Aires, Paidós, 2003. - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, Madrid, Ediciones Mundi Prensa, 2004. - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en el mundo desigual*, Madrid, Ediciones Mundi Prensa, 2005. - A. Sen. *Desarrollo y libertad*, Barcelona, Planeta, 1999.

Escuela pública

Lilian do Valle (Brasil) - *Universidade Estadual do Rio de Janeiro*

Definición. Convertida, con la creación de la democracia en el mundo clásico, en una actividad social explícita y reflexiva, la educación pasa a ser, por primera vez, instrumento de construcción de una nueva *polis* –de realización de la obra política por la vía de la formación ética de los futuros ciudadanos–. Cupo sin embargo a la modernidad la invención de la noción de escuela pública, sea entendiéndola en su acepción más amplia –como institución consagrada a un tipo de educación que desborda el ámbito estrictamente doméstico y que

es confiada a los "especialistas"– o concibiéndola en la acepción muy especial por la cual le es imputada la responsabilidad casi que integral por una formación antes supuestamente confiada al conjunto de los ciudadanos. La escuela pública es la forma específica que asumió la educación común de los ciudadanos en los tiempos modernos y atiende a los principios implicados en la universalidad de esa ciudadanía: *uniformidad* de la acción afirmativa, como medio de garantizar la unidad de la nación; *gratuidad*, como garantía de inclusión de individuos de diferentes orígenes sociales; *laicidad*, como modo de superación de los dogmas y de las diferencias privadas de credo y de cultura, y el principio de la *escuela mixta*, en lo que atañe a la atención indiscriminada de ambos sexos. La escuela pública tiene como objetivo principal la institución de la realidad nacional –en ese sentido, la obligatoriedad no es la imposición al Estado de un supuesto derecho individual, sino más bien una prerrogativa formativa de la Nación de la cual el Estado pasa a incumbirse.

Orígenes. El proyecto original de constitución de la escuela pública –modelo histórico que influyó con mucha fuerza en la institución de los sistemas públicos de educación elemental de las naciones modernas, sobre todo en América Latina– tiene su origen en la Francia revolucionaria y está estrechamente relacionado con el sueño de concreción de una utopía de "sociedad ideal", igualitaria, nueva o –al fin, regenerada– justa y virtuosa. Aunque las proyecciones utópicas de la sociedad en tal tiempo pudiesen mostrarse más pluriformes que el conjunto de las fuerzas que la componían, y tan variadas como las posiciones defendidas en los diferentes momentos en los que lo fueron, por lo menos en un aspecto parecen acabar coincidiendo: en la extraordinaria valorización de la educación y, más concretamente, del proyecto de escuela pública –instrumento, vehículo y así mismo concretización anticipada de ese ideal–. Este proyecto educativo se asoció con frecuencia a la victoria de los ideales liberales: pero si esos ideales proclamados fuesen la única realidad de la Escuela Pública, hace mucho que la distancia que va de su afirmación formal a su imagen concreta (reflejada por la "crisis de la escuela", por los estudios teóricos, por las declaraciones procedentes de la experiencia cotidiana) habría sido suficiente para denunciar su total inviabilidad. Como la escuela pública sigue suscitando debates, presentándose como una institución social cuya existencia nadie pretende cuestionar, su existencia nos revela, al fin y al cabo, que más allá de las intenciones políticas conscientes o inconscientes del poder, la Escuela fue investida de las esperanzas, ideales y expectativas de toda la sociedad –que instituyó, renovó permanentemente y dio vida a una representación *imaginaria*, singular o plural. Lo que, sin duda, su sobrevivencia y vitalidad confirman, pero no llegan a explicar.

El proyecto histórico de la escuela pública. La institución de un sistema público de enseñanza en la realidad francesa, a partir del advenimiento de la revolución, implica en sí mismo la generalización o la predominancia de ciertas disposiciones comunes, responsables, entre otras cosas, de la imagen de un Estado dotado de un poder demiúrgico ilimitado, para lo cual la acción educativa se constituiría en el más adecuado de los instrumentos. Mientras, los continuos debates que la fijación de las finalidades de la escuela pública suscitaron desde sus orígenes muestran que, bajo las apariencias de un acuerdo, la afirmación de las significaciones sociales democráticas más esenciales pudo esconder, en la Francia revolucionaria, visiones del mundo perfectamente irreconciliables. Así, el ideal de universalidad y de igualdad puede servir para denunciar las desigualdades sociales o para justificarlas, para ampliarlas exageradamente o para restringir hasta la insignificancia los límites del trabajo escolar, de modo que, en torno de la misma noción de formación común para la ciudadanía, se tejen los más diferentes modelos educativos –en función, por ejemplo, de los valores a partir de los cuales cada concepción de ciudadanía funda su enraizamiento en la historia y en el presente de la sociedad o de los atributos que le son reconocidos o según la manera como se conciben sus límites de influencia, o sea, la proporción entre la esfera de lo público y de lo privado–. Por tanto, construido a imagen de una unidad sin fallas y sin resistencias, el ideal de esa ciudadanía, en sus diferentes variaciones, no se conjuga con el tiempo sino para someterlo mejor. Donde una concepción autoritaria de la unidad del pueblo (para la cual el inmediatismo de la fuerza parece bastar para apagar las resistencias y los resistentes) revela sus límites, la escuela pública surge como el nuevo instrumento para un control más efectivo; donde el primer entusiasmo de una concepción completamente optimista del "progreso humano y social" se ve debilitado por los argumentos de lo concreto, aún ahí la escuela pública se deja soñar como el único medio para acelerar el ritmo demasiado perezoso del tiempo.

La escuela como intervención del poder temporal. El descubrimiento de las virtudes pedagógicas de un tiempo social acabó implicando la creación de un dispositivo mucho más poderoso, ampliado y público de intervención concreta del poder temporal sobre la vida de los individuos. Seguramente la revolución engendró las condiciones para que tal

operación fuese, antes de todo, apenas concebible y, a lo largo de una lentísima evolución de más de un siglo, materializada en la sociedad francesa e implantada mucho más allá de sus fronteras. Debajo de la ambigüedad de su doble estatus de obligación y deber social, la escuela elemental pública concreta una nueva división entre lo público y lo privado, en términos de ocupación del *tiempo*. El tiempo escolar es esa parte del espacio privado a partir de allí consagrada al Estado, al que cabe gestionarlo del todo, definiendo sus límites y estableciendo sus modalidades concretas de ocupación. Que el tiempo que pasa a ser controlado por el Estado a través de la Escuela Pública elemental deba ser uno, se explica por el hecho de que existe solo una ciudadanía que debe ser conquistada. Percibida como base común sobre la cual las diferencias se asientan legítima y armoniosamente o que implique, por el despojamiento de todo lo superfluo, la imagen más elocuente de la igualdad social, en su unidad imaginaria y acabada, se disuelve el carácter vicioso que la diferencia comporta; a través de ella se previene el surgimiento de cualquier pluralidad incómoda. Por ser universal, ella solo incluye y hace prevalecer lo que se moldea a imagen de lo público. De tal forma, la escuela elemental común es siempre inicio o término de un proceso al cual le cabe la responsabilidad de preservar el sueño de la igualdad. Ella es *lugar* y *tiempo* de los nuevos orígenes que irán a producir los nuevos ciudadanos: matriz común, tiempo uniforme, ese es el principio sobre el cual el consenso sobre el sistema público (que hasta en los momentos más turbulentos de una revolución eran necesarios para la implantación de una institución llamada a persistir históricamente) parece abrirse y agotarse. Un solo tiempo escolar para formar un solo alumno –tiempo que responde por el nombre abstracto de razón pública, instancia universal y superior que pasa por encima de toda individualidad, arriba de la sociedad, supremo producto de una acción pedagógica que realiza *la historia* y sus leyes–. Una instrucción común hará de todos, sin excepciones, ciudadanos plenos, disfrutando de igual acceso a esa parte de las Luces que permite el libre goce de los derechos y previene contra cualquier dependencia. Antes se pensaba que las injusticias sociales impedían esa igualdad de base y hacían de la ciudadanía un privilegio. Ahora, es el bien común que la instrucción garantizará, sin fallas ni omisiones. Entre tanto, y más allá de ese patrimonio colectivo, el escalón que cada uno ascenderá en esa carrera será el que la naturaleza marcó en sí mismo, en sus facultades, como el término de sus esfuerzos. Más que modelo, en ese caso la Antigüedad pasa a ser un contraejemplo: la nueva ciudadanía ya no es definida por la posición social, sino por la razón. Pero teniendo en cuenta la diversidad de funciones necesarias a la sociedad, es imposible someter a una educación rigurosamente idéntica hombres cuyos destinos son tan diferentes. Sin embargo, en la perspectiva de alguien como Condorcet, aun las desigualdades sociales y –lo que quizá sea más admirable aún– las desigualdades debidas a la naturaleza acabaron por doblegarse a la acción del tiempo, ese nuevo aliado de la pedagogía revolucionaria. Ese optimismo está lejos de ser compartido por todos. En el seno de las representaciones revolucionarias, la unidad que la escuela elemental debe engendrar puede, descendiendo de las altas abstracciones de las Luces, ganar el modelo del ciudadano común que las virtudes de la vida cívica, austera y disciplinada generan. Hacer fructificar las riquezas de la naturaleza significa proteger la sociedad contra lo artificial, el lujo, lo superfluo, preparando así el terreno propicio para el desarrollo *normal* de los talentos. Frente a esa otra concepción –espartana– de la unidad social, la instrucción puede ser una instancia prejudicial: para ella, cualquier diferencia es sospechosa, es un atentado a la igualdad. Resolver toda diversidad en una escuela única significa abolir las imposiciones provenientes de la esfera privada, fuentes ya no de riquezas traídas por el genio individual, como en la perspectiva condorcetiana, sino de las injusticias y el oscurantismo que vienen del pasado. En ambos casos, no obstante, el tiempo escolar es el espacio conquistado de lo privado, de la educación doméstica, que tiende, fatalmente, a reproducir los vicios del privilegio y los males de la ignorancia. El combate abierto contra la educación doméstica es inspirado por el deseo ardiente de luchar contra el peso de una estructura que somete a los hombres. Es prolongar hasta la esfera antes inaccesible (al menos para el poder temporal), de lo privado, la acción que persigue derrumbar y anular por completo las antiguas fuentes de autoridad para el individuo y para la sociedad. Dos observaciones nos parece que se imponen. Por un lado, el carácter excepcional de esa ampliación de la acción del Estado sobre el dominio familiar, considerada limitada a los *casos más extremos* y no como una intervención generalizada sobre el conjunto de la sociedad. Por otro, el hecho de que lo que estaba en cuestión no era tanto el *principio* de la autoridad familiar o de las redes comunitarias, sino su incapacidad concreta (y quizá puntual) de encargarse de sus funciones tradicionales. En términos prácticos, a esa imagen del tiempo escolar como acción de ruptura con relación a una cierta noción de espacio privado debía sobreponerse aún –tan de relieve en las recientes críticas de la Escuela– la de un tiempo que alterna, con la manufactura y el trabajo en general, la iniciativa del

control y de la gestión del tiempo del niño. El tiempo único es, en primer lugar, el sueño de simultaneidad que va a abolir las distancias y que anula las diferencias. Él crea la uniformidad del espacio público y nacional. Ese ideal, que impregna el proyecto de la escuela pública, se traduce en una exigencia de apropiación concreta del tiempo del niño. Ocupar el niño, todos los niños, simultáneamente, significa lanzarse a una tarea a largo plazo de creación de una nueva sociedad, nuevos ciudadanos con nuevas costumbres. Es también arrancarlos de inmediato a la influencia del pasado y de la esfera privada. El tiempo único es igualmente un medio de control más integral, más minucioso, más durable. Aquí la duración del tiempo adquiere toda su importancia, pues se trata de modelar, a través del tiempo, el espíritu único de una ciudadanía hecha de disciplina y de sólida adhesión, de valores cívicos, y de valores útiles para la nueva sociedad.

Actualidad. La noción de escuela pública recubre principios fundamentales que responden por la identidad histórica del modelo y algunos de ellos parecen haber evolucionado con efectividad, cuando son contemplados desde la perspectiva de la organización institucional, pedagógica y material del sistema, en el contexto francés y en el contexto latinoamericano. No obstante, no es cierto que esos mismos principios, que traducen significados sociales instituidos en esa época y que fueron retraducidos y fijados en diversas representaciones de la escuela, hayan acompañado *pari passu* la evolución observada en la esfera político-administrativa, donde asumen el dudoso estatus de verdades consensuales y simplificadoras. Es posible que desde la perspectiva de estas significaciones sociales podamos descubrir, bajo las "nuevas" formulaciones y afirmaciones perentorias sobre la escuela, viejas posiciones y antiguas querellas, que mantienen todavía su razón de ser, aunque muchas de ellas, gracias al distanciamiento del pasado, hayan tenido una supervivencia y una máscara eficaz. En este caso, la suma de las representaciones asociadas a la escuela pública a través de la historia opera también como una sobreinversión social de finalidades y exigencias *no siempre coherentes entre sí*. Es posible que la distancia entre, por un lado, las (nuevas) orientaciones generales impresas a la gestión del aparato escolar y las efectivamente implantadas y, por otro, su proyecto, haya introducido una ambigüedad útil en extremo para los usos ideológicos del poder. Pero en la práctica escolar esta distancia se presenta ahora como un doloroso contratiempo, ante el cual los maestros sin duda se confrontan permanentemente en la actualidad.

Escuelas rurales y desarrollo humano

Noemí Arbetman (Argentina) - *Asociación Civil de Padrinos de Alumnos y Escuelas Rurales*

El contraste de la educación urbana/rural como problema moral. Aunque América Latina comparte la tendencia mundial al crecimiento de la población urbana y a la reducción de la población rural, esta tendencia es muy desigual según los países que se comparen. Mientras que en Argentina y Venezuela la población urbana asciende al 85-90% de la población total, en Haití y Guatemala apenas alcanza el 30-35%. Sin embargo, aun dentro de los países muy urbanizados, el contraste entre la realidad de la educación en las escuelas urbanas y rurales tiene características muy marcadas en cuanto a la problematización moral del vivir en uno u otro contexto. Las escuelas rurales se encuentran alejadas de las zonas urbanas o suburbanas en distancias de diez a cien o más kilómetros, a las cuales se accede por caminos de tierra –en muchos casos sin mejoras– que atraviesan todo tipo de accidentes geográficos (montes, ríos, arroyos, etc.). El alejamiento o aislamiento en el que se encuentran es el motivo principal por el que la mayoría de ellas no cuenta con redes de agua potable o con electricidad. En este contexto, la escuela se constituye en el centro de la comunidad, siendo muchas veces la única institución oficial de la zona. En algunas comunidades pequeñas y distantes, también se suele denominar rural a la escuela del pueblo porque toda la zona recibe esa denominación. Para acudir a clases los alumnos deben recorrer grandes distancias, cubiertas según los medios económicos que poseen: en automóviles, a caballo o en bicicleta, o muy frecuentemente a pie. La matrícula de estas escuelas, que oscila entre los diez y los ciento cincuenta niños, aumenta en las comunidades aborígenes donde puede llegar a trescientos, aunque el promedio oscila en los cincuenta alumnos. La variación se debe a que en algunos casos los padres se trasladan en busca de trabajo hacia los lugares donde se requiere mano de obra no especializada, como las cosechas de algodón, yerba mate, azúcar o la atención del ganado en verano o invierno según la zona, siendo que en ese traslado puede mudarse toda la familia o solo los mayores, quedando los niños al cuidado de los hermanos o de los abuelos. Al tener pocos alumnos en promedio, las escuelas cuentan con un solo maestro que atiende a todos los grados; este sistema de atención simultánea obliga a dividir la tarea dentro del aula. Así, mientras un alumno lee, otro resuelve un problema en el pizarrón y los restantes realizan una composición o resuelven problemas en el cuaderno. Los alumnos más grandes suelen controlar o asesorar a los más pequeños y el docente requiere gran

creatividad para mantener la atención y avanzar en la enseñanza.

Un contexto de carencias. La situación de las escuelas rurales en cuanto a la distancia y el aislamiento repercuten en las condiciones necesarias para una buena calidad de la enseñanza cuando se hace necesaria una infraestructura y elementos didácticos adecuados para el desempeño de la tarea del docente y la atención de los niños. La calidad del agua, por ejemplo, es un factor muy preocupante según las zonas. En el norte de Argentina, las napas acuíferas contienen sales de arsénico, lo que las hace insalubres. Esto obliga a que se recoja el producido de las lluvias en aljibes o cisternas mediante canaletas provenientes de los techos de chapas y, en algunos casos, a hacer pozos con perforaciones a grandes profundidades. Otra de las dificultades en zonas rurales es la falta de electricidad, que se trata de suplir con grupos electrógenos que además del combustible requieren cierto gasto de mantenimiento a cargo de los maestros o de los padres de los alumnos. Las energías alternativas no brindan una buena solución; por ese motivo muy pocas escuelas tienen esa posibilidad, normalmente las que están más cerca de los pueblos y que cuentan con la conexión a la red eléctrica. Una solución sería la utilización de paneles solares que no contaminan el ambiente y solo necesitan el Sol para funcionar, pero su costo es muy elevado para zonas marcadas por la pobreza. Por esta razón muchos de los establecimientos no cuentan con ninguna de estas soluciones. Al no contar con energía eléctrica, estas escuelas no pueden tener acceso a la televisión o al uso de computadoras, generándose una brecha de gran desigualdad en el acceso al conocimiento. En algunos países, como Cuba, se han implementado políticas públicas para garantizar el acceso a la electricidad en las zonas rurales.

Educación, alimentación y salud. La situación de pobreza como contexto habitual de las escuelas rurales hace que las crisis económicas repercutan de manera aún más intensa al incrementar las necesidades. Si usualmente se observa necesidad de útiles escolares, libros, ropa y calzado, en las crisis se vuelven muy importantes los alimentos no perecederos y los medicamentos esenciales. La educación debe ser acompañada por una buena alimentación y un control de salud adecuado para el buen desarrollo psicofísico de los alumnos, ya que la escuela se constituye en sustituto parcial –a veces casi total– del cuidado familiar y gubernamental de la salud. En cuanto a la alimentación en las escuelas rurales, se suele dar alguna asistencia a la recepción diaria para que los alumnos puedan comenzar la actividad del día con algún alimento ya que en algunos casos asisten sin desayunar. Las escuelas con mejor presupuesto pueden llegar a ofrecer también el almuerzo, dependiendo de la asignación que reciban por mes y por alumno en cada provincia. La alimentación que los alumnos reciben en la escuela, aunque no sea suficiente y equilibrada, se convierte en muchos casos en la única comida del día para los niños. En las regiones más alejadas o donde la población se encuentra más dispersa, se suelen encontrar las "escuelas albergues" que mantienen a los alumnos durante largos periodos dado que regresan a sus hogares dos veces al año. En estos casos la edificación es mejor y también la alimentación, pero el problema mayor reside en la ropa y los útiles escolares ya que los padres suelen enviar a sus hijos sin elementos suficientes para estudiar debido a su situación económica. En el área de salud los alumnos de escuelas rurales también están más desprotegidos. Los hospitales se encuentran en los pueblos o ciudades y en los distintos parajes suele haber dispensarios atendidos por enfermeros. Los puestos sanitarios deberían recibir la visita periódica de un médico, lo cual no sucede en todos los casos. Casi nunca cuentan con un odontólogo.

Planes de estudio. Los programas de enseñanza en un país federal como Argentina dependen directamente de las provincias, pero no ha existido hasta muy recientemente un plan federal uniforme, sino los programas de cada una de las jurisdicciones, que difieren en el monto que destinan de sus presupuestos al área educativa y en el modo en cómo lo aplican. Los ciclos de enseñanza que por su modalidad requieren la participación de muchos profesores son de difícil realización en la mayoría de las escuelas rurales por los problemas de movilidad de alumnos y docentes y por disponibilidad de estos. En la mayoría de los casos, los alumnos deben trasladarse a los centros urbanos para completar sus estudios. Entonces se observa la diferencia de la educación recibida, ya que los alumnos de zonas rurales no tienen la educación necesaria para responder al ciclo en el que se inscriben y deben esforzarse mucho para superar esta dificultad. Esto se ha tratado de paliar con sistemas de tutorías que tratan de apoyar a los alumnos que lo necesitan. Contar con programas de enseñanza ajustados a cada zona y una infraestructura de apoyo adecuada a las necesidades de las comunidades educativas en las que se encuentran las escuelas rurales es el modo de evitar la exclusión o la falta de equidad y calidad en la educación.

Docentes y alumnos. Los docentes o directores de escuelas rurales son muchas veces un referente para la comunidad, con múltiples tareas más allá de las estrictamente pedagógicas. Deben afrontar la toma de decisiones que su tarea requiere en

soledad y no siempre cuentan con los elementos indispensables. Asimismo, tienen pocas oportunidades de participar de instancias de encuentro con otros docentes y de seminarios, talleres de capacitación, ya que en algunos casos permanecen varios días en la escuela, hasta un mes o más según la distancia en la que residan. El rol de los ministerios de Educación realizando cursos e invitando a los docentes a participar sin costo es un modo de respuesta. Los alumnos no tienen una asistencia regular por razones diversas: en las comunidades aborígenes por las distintas costumbres. En otros casos, según la época del año, un importante número de alumnos se ausenta de la escuela muchas veces por inclemencias climáticas y otras porque sus padres se alejan por trabajos temporales o migran junto a sus familias a otras provincias. Hay niños que caminan dos, cinco y hasta siete kilómetros para asistir a clase soportando las inclemencias del tiempo. Otra causa de ausentismo es el trabajo que deben realizar desde muy pequeños en el campo, o en sus casas cuidando a los hermanos menores, situación que es muy difícil de desarraigar en la comunidad. A veces se desarrollan programas de becas para que vuelvan al estudio los alumnos que lo abandonaron y que recibirán apoyo hasta la finalización de los mismos. La exclusión a la que se ven sometidos los alumnos de las escuelas rurales va desde la imposibilidad de continuar el estudio por falta de preparación o por falta de recursos hasta la de no conseguir empleos para los cuales cada vez más se solicitan conocimientos en informática. Quedan relegados a los trabajos del campo, cosechas y mano de obra no calificada.

A modo de conclusión. La problemática de la escuela rural es común en toda América Latina, aunque las necesidades varían según la característica de cada zona. La exclusión, la falta de equidad y calidad en la educación es un tema que preocupa a todos. El diálogo y la colaboración entre organismos gubernamentales y no gubernamentales permite intercambiar opiniones, construir consensos e implementar acciones más eficaces. Las organizaciones no gubernamentales cumplen una tarea importante frente a estos problemas tratando de ayudar a los niños, maestros y a la comunidad educativa mediante distintos sistemas. El padrinazgo de escuelas y de proyectos productivos que le permitan el autoabastecimiento del comedor escolar, la diversificación de la alimentación y el aprendizaje de un oficio para una futura salida laboral, evitando el desarraigo, es una estrategia que se ha implementado en Argentina en el marco de una Mesa de Organizaciones del Programa de Escuelas Solidarias del Ministerio de Educación.

Educación en bioética

José Eduardo de Siqueira (Brasil) -
Universidade Estadual de Londrina

La educación en bioética en América Latina se encuentra actualmente en una etapa incipiente y carente de uniformidad. La búsqueda de soluciones a este desafío tendrá que pasar no solo por la reestructuración del aparato académico, sino también por una nueva metodología de educación en bioética, adecuada a las discusiones planteadas por una sociedad marcada por el pluralismo moral. El tradicional modelo deontológico de inspiración kantiana se ha tornado insuficiente para atender la necesaria formación integral de los egresados de nuestras universidades, ya que perdió la capacidad de respuesta para los dilemas morales presentados por los avances de la ciencia. Basta que consideremos las tomas de decisiones con relación al aborto, a la eutanasia, a la asignación de presupuestos escasos en salud y las investigaciones con células troncales de origen embrionario, considerando tan solo la temática de la biomedicina.

Desarrollo moral y educación. Numerosos autores que trabajan en el tema de formación ética en diferentes áreas del conocimiento consideran que el carácter moral básico del estudiante ya estaría estructurado antes del ingreso en la universidad. Entienden, por tanto, que la educación en ética no debe ser pensada para mejorar el carácter moral de los futuros profesionales, sino como instrumento para proporcionar a aquellos que ya lo poseen, conocimientos intelectuales y habilidades que les permitan el mejor desempeño ético posible. Las evaluaciones del comportamiento humano, así percibidas, son efectuadas teniendo como base la teoría del desarrollo de las actitudes morales propuesta por Lawrence Kohlberg. Tres serían los niveles recomendados por el autor para conocer la cognición moral de las personas: preconvencional, convencional y posconvencional. Estos tres niveles contienen en total seis etapas diferentes. Las manifestaciones más elementales de moralidad, etapas 1 y 2, se limitan a obedecer órdenes emanadas de autoridades superiores, así como a evitar puniciones y efectuar acciones para satisfacer intereses propios. Las etapas 5 y 6 de la clasificación, las más elevadas y contenidas en el nivel posconvencional, serían observadas en el comportamiento de individuos que reconocerían derechos y normas aceptadas autónomamente por cada persona, y adoptarían principios éticos universales de justicia escogidos con libertad de cualquier imposición, lo que caracterizaría la más elevada expresión de moralidad. Es importante considerar, sin embargo, que ni el mismo Kohlberg consiguió identificar en sus estudios a

individuos en la etapa 6, lo que aclararía su decisión tardía de retirarla de la clasificación original. Según Kohlberg, las personas evolucionarían dentro de estas etapas a medida que maduran. Una vez alcanzado determinado nivel, no sería posible cualquier regresión a etapas anteriores, pues él pensaba que era imposible para el ser humano perder la capacidad cognitiva ya adquirida. Kohlberg compara la evolución por las distintas etapas al acto de subir una escalera, escalón por escalón, no siendo concebible, según él, saltar cualquiera etapa. Si el carácter moral básico del estudiante universitario está parcialmente estructurado antes de ingresar a la facultad, es imperioso reconocer que una significativa parte de su formación moral será adquirida o enriquecida durante la graduación universitaria, lo que seguramente será facilitado por la educación en bioética. La tarea parece tan compleja que algunos discuten la posibilidad real de educar desde el punto de vista de la bioética. Sin duda, el desafío es muy grande, sobre todo si se considera que los cursos universitarios ponen el énfasis en la formación técnica con menoscabo de la humanística.

Educación tradicional y bioética. Una cosa parece cierta; la educación en bioética no es compatible con el modelo de las clases expositivas, en las cuales los temas son expuestos por los docentes como si fuesen verdades absolutas. Es importante considerar que estas clases tradicionales apuntan a realidades distantes de los dilemas que los estudiantes vivencian en la cotidianidad, y a menudo tienen poca o ninguna relación con los conflictos morales que se presentarán en la futura práctica profesional. En este modelo pasivo de enseñanza, los alumnos no son estimulados a reflexionar sobre los diferentes valores morales y a respetar convicciones o creencias personales ajenas. Como resultado, el periodo de instrucción académica se transforma en un ejercicio obsesivo de acumular un montón de informaciones sin la menor preocupación de seleccionarlas y organizarlas. Según Edgar Morin, la universidad está habilitando profesionales de "cabeza llena", siendo que debería prepararlos para tener una "cabeza lista", pues más importante que la acumulación indiscriminada de información, es su correcta organización para que lo enseñado adquiera sentido. La atomización del conocimiento no perfecciona; por el contrario, empobrece la formación académica. Como percibió Marcuse, el hombre no es unidimensional por más que los economistas así lo quieran. Para ser buen médico, juez, químico o ingeniero naval, en una sociedad plural y carente del ejercicio de la ciudadanía, es insuficiente dominar tan solo las técnicas de un área especializada del conocimiento, pero es imprescindible ser igualmente competente en el saber de humanidades y ser capaz de acoger la argumentación del otro. Por eso juzgamos fundamental la introducción de la bioética como materia de educación en cualquier curso de formación profesional. Lo mejor sería que fuese ofrecida transversalmente, a lo largo de toda la formación universitaria. Si no es posible esta forma de inserción, que al menos sea materia obligatoria con carga horaria suficiente para debatir los problemas morales emergentes y persistentes habituales en el ejercicio de cualquier profesión. Hay cuatro posibles modelos de educación en bioética para ello: doctrinal, liberal, deliberativo e hipercrítico.

1. Modelo doctrinal. Tiene su énfasis en verdades indiscutibles. Nos presenta proposiciones como dogmas de verdades, cuyos contenidos son considerados, a priori, correctos. Es un discurso de reglas que provienen de una autoridad superior y, por tanto, no admiten discusión o deliberación. Ejemplos paradigmáticos del modelo doctrinal de educación en bioética se ven expresos en el *Manual de Bioética* de Elio Sgreccia. Con respecto a la licitud de los medios para la obtención de semen para fertilización humana artificial homóloga propone que "*en lo que refiere a la masturbación, es seguro, por sí solo, que es intrínsecamente un acto inmoral*". El vínculo moral entre sexualidad, procreación y acto conyugal fue confirmado por la instrucción *Donum Vitae* de la Congregación para la Doctrina de la Fe de 22 de febrero de 1987, en la que se condena cualquier método artificial contraceptivo o de fecundación asistida, incluso la homóloga. El modelo doctrinal tiene como pretensión dictar normas morales con aplicación en bioética. Es claramente unidireccional, asimétrico y heterónomo, ya que no posibilita deliberar sobre valores morales, a priori, considerados irrefutables.

2. Modelo liberal: Este modelo proviene del liberalismo anglosajón. Las personas son consideradas sujetos morales, libres, autónomos e iguales. De ahí se afirmó el concepto de que todo debe ser hecho con respeto incondicional a la autonomía personal, así como que los acuerdos morales deben resultar de contratos entre los sujetos involucrados en cualquier toma de decisiones. El Estado debe estar presente solo para proteger los intereses de los ciudadanos en las tomas de decisiones según sus valores morales propios. La recomendación es que se debe buscar la máxima neutralidad en cuestiones morales, circunscribiendo las decisiones a la esfera privada de las personas y sus agrupamientos morales. El modelo liberal juzga que no cabe debatir sobre valores porque ellos son siempre relativos. Ese modelo se limita a exponer las diferentes posturas morales, pero sin valorarlas. Es lo que fundamenta las recomendaciones de

Tristram Engelhardt en *Fundamentos de Bioética*, donde describe dos esferas distintas de moralidad: la moralidad secular general y las moralidades de comunidades morales particulares. Engelhardt creó la interesante figura de los "amigos y extraños morales". Cada cual con sus moralidades propias, insertados en agrupamientos morales distintos, que estiman como injustificable el deliberar sobre valores morales ajenos.

3. Modelo deliberativo. El modelo deliberativo o de la comunidad de argumentación tiene en la contemporaneidad dos representantes fundamentales: Kart-Otto Apel y Jürgen Habermas. Ellos elaboraron la ética discursiva como un modelo teórico que pretende no solo aclarar las condiciones de comprensión intersubjetiva, sino también demarcar los postulados pragmáticos de los acuerdos morales. El modelo habermasiano, contenido en la ética del discurso, se desplaza de lo individual a lo universal, de lo contingente a lo necesario, de la simple alocución al diálogo por medio de un proceso dialéctico que no separa ninguna de las partes involucradas en la práctica discursiva, mucho menos las de contenidos contradictorios. Habermas se distancia del paradigma de la relación sujeto-objeto, del modelo doctrinal, engendrando otro que privilegia la relación comunicativa entre las partes involucradas en el proceso del diálogo. El acuerdo obtenido en la ética del discurso no niega la racionalidad científica, pero intenta trascender la proyección hecha desde el punto de vista de la simple autorealización personal del modelo liberal. La deliberación es presentada como el mejor instrumento para obtener los acuerdos intersubjetivos, así como el criterio lo más legítimo de encuentro del consenso en un proceso de búsqueda de soluciones morales revestidas con la máxima prudencia y coherencia posibles entre los múltiples fragmentos de experiencias humanas. En síntesis, es el único camino válido para obtener soluciones negociables entre personas con capacidad de reflexionar, argumentar y accionar. Más allá de las proposiciones individuales que ambicionan imponer verdades subjetivas, están las que deben legitimarse por el proceso de la deliberación conjunta obtenida sin deformaciones internas o externas. Así, el concepto de razón no está centrado en el sujeto aislado, como ocurre en el modelo liberal, ni en cosmovisiones trascendentes del modelo doctrinal, sino en lo que resulta de las argumentaciones expresadas libremente por todos los involucrados en una comunidad discursiva. En consecuencia, obviamente resulta imprescindible que el proceso de la acción comunicativa sea simétrico, horizontal, con respeto a la inclusión de todos los interesados en la búsqueda del acuerdo intersubjetivo. El proceso de deliberación intenta acercar personas con convicciones, creencias y valores distintos. La educación en bioética propuesta por el modelo deliberativo resalta que todos los interlocutores comprometidos en solucionar conflictos morales –profesores, alumnos y otros protagonistas– tienen que mejorar la capacidad de escuchar y disponerse a comprender los puntos de vista discordantes y aceptar las argumentaciones de todos los miembros de la comunidad real de comunicación en la búsqueda de decisiones razonables y prudentes.

4. Modelo hipercrítico. Los representantes más visibles del modelo hipercrítico de educación en bioética son Michel Foucault y Jacques Derrida. Ellos consideran muy controvertible la idea de que se construya una sociedad conformada por acuerdos armónicos entre las personas, como han propuesto Apel y Habermas. Por el contrario, ponen todo en duda, hasta los mismos fundamentos racionalistas y humanistas que sostienen las prácticas discursivas que prometen soluciones razonables resultantes de pactos intersubjetivos con presunciones de ser simétricos. Argumentan que solamente de actitudes hipercríticas y de pequeñas revueltas del pensar cotidiano se alcanzan los cambios necesarios para construir la sociedad humana. Considerando las tres perspectivas de la teoría del conocimiento: la cartesiana (razón formal), la hegeliana (razón histórica) y la nietzscheana (anulación de la razón trascendental), los hipercríticos se hallan más cercanos a la última. Foucault argumenta que las estrategias dialécticas utilizadas en el modelo deliberativo son, tan solo, "armas del poder" de los más fuertes para imponer sus ideas. Parece ineludible que vivir en comunidad es experimentar en lo cotidiano acciones de unas personas sobre otras. Según él, concebir la sociedad humana sin relaciones de poder es una abstracción. Foucault se guía por la perspectiva de que más importante que preguntar qué tipo de enunciado en educación alcanza el criterio de verdad, es imperioso que se establezcan los principios sobre los cuales se hacen los enunciados, considerando siempre lo que puede estar oculto, disimulado en el horizonte de la práctica discursiva. Devela en la educación una realidad selvática, llena de peligros y dificultades, donde prevalecen las postulaciones de los que detentan el poder; en el caso de la enseñanza, las creencias y opiniones de los profesores. La idea central de sus escritos es que ninguna práctica discursiva o pedagógica es intrínsecamente liberadora.

Conclusión. Para que se alcance, en el campo de la bioética, que es ética aplicada, un modelo de educación que aspire a ser lo más universal y plural posible, hay que guardar distancia de los modelos doctrinario y liberal. De igual modo, hay que

entrenarse en el ejercicio de la deliberación sobre problemas morales o habermasiano según la propuesta de Habermas. Pero dejar de considerar los alertas de Foucault respecto a las posibilidades de prácticas educativas engañosas y asimétricas que están presentes en lo cotidiano de nuestras escuelas, sería seguramente una actitud ingenua o inconsecuente, por decir lo mínimo. En conclusión, de los cuatro modelos introducidos es el propuesto por Habermas el que presenta mejores condiciones para favorecer la educación más adecuada en bioética. Más importante, por tanto, que ofrecer a los estudiantes modelos de moralidades absolutos, será tornarlos capaces de gestionar el arte de deliberar con prudencia frente a conflictos de ideas que emergen del pluralismo moral de la sociedad posmoderna.

Referencias

H. T. Engelhardt. *Fundamentos da Bioética*, São Paulo, Edições Loyola, 1998. - M. Foucault. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Editora Graal, 1984. - D. Gracia. La enseñanza de la bioética, en *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud, 2004. - J. Habermas. *Teoría de la acción comunicativa*, Madrid, Taurus, 1987. - L. Kohlberg. Essays *on moral development: the psychology of moral development*, New York, Columbia University Press, 1989. - E. Morin. *A cabeça bem feita*, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2001. - E. Sgreccia. *Manual de Bioética*, São Paulo, Edições Loyola, 1996. - J. E. Siqueira. Estructuración del discurso bioético: comunicación y lenguaje, en *Estatuto Epistemológico de la Bioética,* México, Universidad Nacional Autónoma de México y Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de Unesco, 2005.

Dignidad humana

El reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana es la base de la libertad, la justicia y la paz en tanto fines de los pueblos de las Naciones Unidas, según expresa la Declaración Universal de Derechos Humanos (v. *Dignidad humana*). Esa dignidad es en principio un concepto *necesariamente* vago en tanto no tiene deliberadamente definición alguna. Pero esto no le hace incoherente ni inútil. La *necesidad* de la Asamblea de las Naciones Unidas de no tomar partido alguno acerca de una definición de dignidad humana se basó en el hecho de evitar una cuestión de 'principios', sobre la cual había diferencias entre los Estados miembros, pero aceptando la coincidencia de todos los estados en el *uso universal* del concepto. Ante las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial, el concepto de dignidad humana aparecía claro y preciso para todos y cada uno de los presentes en un sentido *formal* (como el concepto de justicia en Aristóteles), aunque desde diversas perspectivas *materiales* (unos pensaban en las atrocidades de los nazis, otros en las de los comunistas, otros en las de los japoneses, etc.). Se trató entonces de una *definición implícita.* Y si bien en ese sentido la dignidad humana aparece como algo abstracto e indeterminado, no por ello resulta incoherente en su origen ya que emerge estrechamente ligada a unos hechos históricos y sociales que la inundan de lógica, racionalidad y prudencia. Ese carácter abstracto e indeterminado del concepto, como necesidad de un consenso formal entre las naciones signatarias de la Declaración Universal de Derechos Humanos, postula simultáneamente la necesidad de una determinación material concreta por los diversos actores según los contextos históricos, sociales, culturales y religiosos de cada uno de ellos. Estos actores darán precisión y claridad al concepto en su uso. De allí que el concepto de dignidad humana alcanza el mayor grado de coherencia y utilidad imaginable para un análisis ético. Así, la ética de la dignidad presupone, con su reconocimiento de los otros como actores posibles y necesarios, un progreso moral. Esta dignidad, hay que decirlo, solo puede aprehenderse desde la indignación.

El lugar de la indignación en bioética. La indignación es fuente primaria de la moral y razón de ser de las exigencias éticas reconocidas en justicia por los Derechos Humanos. Es el punto en que nuestros juicios de realidad se vuelven universales ya que solo por la autoestima proyectada en y desde la estima hacia los otros-nosotros somos capaces de in-dignarnos. Toda ética, cualquier ética –sea o no de la medicina y las ciencias de la vida–, requiere no solo el *saber*, sino también, y sobre todo, el dar cuenta de si miramos al mundo en el que vivimos con la *voluntad* o el *querer* comprender y actuar para cambiar una realidad indignante y por ello injusta. Porque la indignación reclama por el valor incondicionado de lo humano y puede explicar a cualquiera en qué consiste aquello que llamamos la dignidad humana (que es nuestra y de los otros). La razón más válida habrá de ser entonces aquella que originada en las convicciones intuitivas y emotivas sobre el valor humano se sujeten a la prueba de su reconocimiento racional, esto es, a la demostración (objetiva) de que una exigencia moral merece su reconocimiento universal. La bioética ha de tener en cuenta esa diferencia importante a la hora de responder a sus problemas. Una diferencia que supone la práctica de una ética visible no solo en la indignación como señal de ejercicio de la capacidad valorativa sobre el mundo, sino asimismo en la denuncia como práctica de la virtud del valor. La capacidad de valorar lo bueno y lo malo se pierde cuando alguien tiene una respuesta moral anticipada a la posibilidad de criticar radicalmente los hechos de la realidad del vivir. La virtud del valor para defender la causa de los débiles se pierde cuando uno se convierte en intelectual al servicio de la ideología de los poderosos. Una bioética que carezca de indignación y de valor no puede ser otra cosa que falso discurso moral. El desafío de practicar una bioética verdadera nos exige alcanzar una conciencia crítica sobre la vida y el vivir que tenga su origen en la intuición sensible y emotiva de lo indigno y se proyecte en la voluntad racional de lograr un acto de justicia. Es por eso que la bioética en América Latina no puede sino tener su punto de partida en la dignidad humana y en los actos reivindicativos de la misma a los que nos conduce toda indignación.

Orígenes religiosos y filosóficos del concepto. El término dignidad tiene su tradición más antigua en las grandes religiones que con la doctrina de la *Imago Dei* trazaron un universo de semejanza para todos los individuos humanos (y su diferencia con el mundo de los animales). Así, el cristianismo ofreció una concepción universal de la condición humana en el amor de unos a otros como cumplimiento de la ley, tal como aparece en la *Epístola a los Romanos.* Sin embargo, pese al progreso moral al que las religiones monoteístas contribuyeron con el concepto de

dignidad, la historia misma de las religiones trazó los límites que tendría su expansión de significado. Junto a las concepciones religiosas, desde su origen la tradición filosófica afirmó asimismo esa visión de una condición universal del hombre que le otorgaba un lugar, un merecimiento y un respeto de sí mismo y de los otros como característica distintiva de la especie humana. Esto fue así tanto en la filosofía y la medicina griega clásica como en la filosofía y la medicina romana. Tanto en el término griego *díkaios* como en el término latino *dignus* hay un significado de 'igual', 'del mismo precio', 'del mismo valor que tal cosa', y de allí recíprocamente de 'justo' y 'merecedor de'. La 'naturaleza justa' –*dikaíē phýsis*– habla del lugar natural que las cosas ocupan, como cuando un hueso fracturado vuelve a su lugar. Y en Cicerón se conjugan estos sentidos de lo digno como merecedor y lo justo como decente en lo que comenzará a ser una distinción de la dignidad según el significado secular del *Jus gentium* o el *Jus humanum* y de la dignidad según el significado religioso. Ese tránsito de la significación religiosa de la dignidad a su significación secular comenzó a tomar mayor cuerpo aún durante el humanismo renacentista (v. *Humanismo y dignidad*).

Del humanismo renacentista a la Ilustración. Será Pico della Mirandola, con su oración sobre la dignidad –*De dignitate hominis*– el que habría de profundizar esa nueva visión renacentista. A Pico no le convence que la magnificencia del hombre se deba a que sea un intermediario entre las criaturas, cercano a los dioses, dueño de todas las criaturas inferiores, con la agudeza de sus sentidos y su razón y el brillo de su inteligencia para interpretar la naturaleza. Para él se trata de que Dios hizo al hombre –tanto en Moisés como en el *Timeo* platónico– una criatura indeterminada e indiferente, sin lugar fijo para vivir ni forma o función alguna, aunque con ello y a la vez le otorgó la posibilidad para que, de acuerdo con su deseo y su juicio, pudiera tener el lugar, la forma y la función que quisiera. Todas las otras cosas tienen una naturaleza fija y limitada pero el hombre con libre elección y dignidad puede llegar a serlo todo. Por tanto, considerando que hemos nacido con esta condición y que podemos elegir ser lo que queramos, debemos ser muy cuidadosos con esta condición para que nunca pueda decirse que habiendo nacido en una posición privilegiada hemos fallado en realizarla y hemos llegado a ser animales o bestias. Sobre todo, debemos hacer que esta libertad de elección que Dios nos ha dado no se convierta en algo dañino porque ha de entenderse que se nos ha dado para nuestra ventaja. Pero en cualquier caso, hay una nota en toda su visión que merece destacarse como característica de lo que la dignidad sea y que la diferencia del respeto de la autonomía: la 'autoestima' o 'autorrespeto', acompañada de la responsabilidad en la libertad de elección. Durante la Ilustración, la creencia en el sentido común como vía de acceso a la verdad hará que se universalice más ampliamente el sentido de la dignidad al dejar de lado la autoridad heterónoma de las creencias religiosas para remplazarla por la autoridad de la razón autónoma. David Hume trata la cuestión de la dignidad de la naturaleza humana tanto en su visión de *Of the Dignity or Meanness of Human Nature* (*Sobre la dignidad o miseria de la naturaleza humana*), como en el conjunto general de sus ideas morales. La dignidad se presenta para él como una cuestión que divide a los filósofos entre aquellos que exaltan la naturaleza casi divina del hombre y quienes por el contrario ven en el mismo a un ser sin otra diferencia que la vanidad. Es verdad –nos dirá– que un sentido delicado de la moral le da al hombre un gran disgusto respecto al mundo como para considerar el curso de los asuntos humanos con gran indignación. Sin embargo, el bien y el mal morales son el placer o el dolor de la conformidad o inconformidad de nuestras acciones voluntarias con alguna ley o regla moral (la ley divina, la ley civil o la ley filosófica). Y la virtud y la alabanza –en su relación con la dignidad y con Dios– tienen una relación tan estrecha que se las ha designado con el mismo nombre. Hume refuerza así la idea compleja de una relación entre partes como la dignidad (identidad), la alabanza (integridad) y la virtud (libertad). En Rousseau, la dignidad se asocia a la igualdad social y al trabajo, como ya se había estipulado antiguamente en la tradición bíblica al decir: "*El operario es digno de su salario o de su alimento*". Puede decirse que así como en Hume se expresa la tradición anglosajona que llevará a destacar el acento de la libertad en los derechos civiles y políticos, en Rousseau puede entreverse en cambio la tradición continental europea que acentuará la igualdad constituyente de los derechos económicos, sociales y culturales.

La dignidad humana en la filosofía kantiana. Kant ofrecerá una alternativa filosófica en la que la dignidad humana se muestre con pretensión de síntesis trascendental. Así, el imperativo universal del deber se formulará diciendo: "*Obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, ley general de la naturaleza*". El problema de la moralidad pasará a ser entonces, para Kant, el problema del *fin* en tanto fundamento objetivo de la autodeterminación de la voluntad como facultad de los seres racionales. El *medio* es el fundamento de la posibilidad de la acción, pero que una acción sea *posible* no dice nada acerca de si esa acción es *debida* por lo cual ha de diferenciarse al *fin de los medios*. Los imperativos

hipotéticos (técnicos, pragmáticos) están fundados en fines relativos que se basan en la facultad de desear del sujeto y que dan lugar a principios prácticos *materiales.* Pero para alcanzar un principio universal válido y necesario para todo ser racional, esto es un principio práctico *formal,* debemos abstraernos de todos los fines subjetivos. Llegados a este punto, Kant habrá de suponer que si hay algo *cuya existencia en sí misma* posea un valor absoluto, algo que sea *un fin en sí mismo,* allí podríamos encontrar el fundamento de un posible imperativo categórico o ley práctica. Y su respuesta habrá de ser que el hombre y en general todo ser racional existe como fin en sí mismo y no sólo como medio para una u otra voluntad. Este será el núcleo de la dignidad humana en Kant. La naturaleza racional existe como fin en sí mismo y de ese modo el imperativo práctico se habrá de formular diciendo: "*Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio*". En esta perspectiva, para Kant cada cual ha de esforzarse en lo que pueda por fomentar los fines ajenos pues los fines de los otros han de ser en lo posible *mis fines.* La idea de la voluntad de todo ser racional como voluntad legisladora universal es apta para el imperativo categórico porque *no se funda en interés alguno* y es de todos los imperativos posibles el único incondicionado. Este principio se llama de *autonomía de la voluntad*: "*El principio de la autonomía es, pues, no elegir de otro modo sino de este: que las máximas de la elección, en el querer mismo, sean al mismo tiempo incluídas como ley universal*". Ese ser racional, autónomo en tanto *universalmente legislador* para juzgarse a sí mismo, se conduce en el *reino de los fines* donde los distintos seres racionales se encuentran enlazados por leyes comunes de tratarse a sí mismos y a todos los demás como fin en sí mismo y nunca como medios. La moralidad es toda acción que hace posible el reino de los fines. La moralidad y la humanidad, en tanto esta es capaz de moralidad, es lo único que posee dignidad. Si el imperativo categórico determina todos los valores, ese imperativo como ley determinante debe tener dignidad o sea un valor incondicionado que merezca *respeto. Respeto* es la conciencia de determinación de la voluntad por el imperativo categórico y es por eso que el respeto es el efecto que causa el imperativo sobre el sujeto y no una causa. El respeto a una persona es el respeto al imperativo categórico (la ley) del cual esa persona nos da un ejemplo de su objetividad.

Crítica de la pretensión de remplazar dignidad por autonomía. Se ha querido sostener que el concepto de dignidad es un concepto inútil en bioética y que debería ser remplazado por el principio de autonomía. Pero en lo poco que hemos dicho sobre la noción kantiana de dignidad humana ya puede advertirse qué lejos estamos de su posible reducción a respeto de la autonomía entendida en el sentido que el pragmatismo liberal le ha dado. Cuando se dice en Kant que la *autonomía* es el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional, se está muy lejos del sentido reduccionista que deja fuera todos los conceptos básicos que otorgan sentido a la filosofía kantiana. Si no se consideran, entre otras, la distinción entre precio y dignidad, entre fines subjetivos y objetivos, entre legislación universal y razón individual, entre racionalidad y razonamiento subjetivo, entre fines y medios, entre humanidad y egoísmo, entre reino de los fines y reino de los intereses, entre respeto y obligación, ¿de qué se puede estar hablando al decir principio de respeto de la autonomía? Respetar la autonomía significará respetar la libre determinación de los otros, pero respetar la dignidad humana significará mucho más al implicar el respeto de sí mismo entendido como la búsqueda de los fines que nos hacen ser verdaderamente humanos. Por eso la dignidad no permite ser atrapada al modo de un concepto categorial, dado que la *valoración* del sí mismo –del fin en sí mismo–, que conduce al reconocimiento de un *deber* determinado, sólo se reconoce en la acción de hacer efectivo en el mundo el valor percibido. La imposibilidad racional de todo sistema que pretende dominar la esfera de la voluntad en su acción valorativa radica precisamente en que esta acción es constituyente de la condición del ser humano que se expresa por su dignidad. El respeto de la autonomía entendida como elección individual subjetiva y como sinónimo del respeto de la dignidad (al modo pragmático liberal), promete un mundo sin cambios y por tanto la continuidad de un mundo injusto. El concepto de la libertad es la clave según Kant para explicar la autonomía de la voluntad. Y admitiendo las dificultades de distinguir entre libertad, autonomía y moralidad, le atribuye a la idea de libertad el que todo ser racional, perteneciente por tanto al mundo inteligible, no pueda pensarse sino con independencia de las causas determinantes del mundo sensible. Pero el ser racional que tiene conciencia de pertenecer al mundo inteligible no puede sino tener conciencia de sí siendo a la vez parte del mundo sensible y sometido a la ley natural de los apetitos e inclinaciones (v. *Necesidades en salud*). Si no fuéramos más que parte del mundo inteligible, entonces todas nuestras acciones *serían* siempre conformes a la autonomía de la voluntad, pero al intuirnos como parte del mundo sensible nuestras acciones *deben* ser conformes a esa autonomía. Sin embargo, la libertad resulta ser solo una *idea* de la razón –dice Kant–, cuya realidad objetiva es en sí misma dudosa dada la

aparente contradicción entre libertad y necesidad natural: "*La razón práctica no traspasa sus límites por pensarse en un mundo inteligible; los traspasa cuando quiere intuirse, sentirse en ese mundo*". Porque, finalmente, la libertad siendo no sólo *posible* sino también *necesaria* para la razón, no puede ser *explicada* por esta y ese habrá de ser el límite de la investigación moral. El imperativo moral no se concibe como necesidad práctica incondicionada de ser; sin embargo, el imperativo moral no puede dejar de concebirse por la imposibilidad misma de no concebirlo (no hay modo posible de pensar la moral si no es desde la idea de alguna condición absoluta y universalizable). Admitimos que la esfera práctico-subjetiva pueda tener una dimensión no imperativa, pero no podemos suponer que la esfera práctico-moral no se constituya sobre un valor objetivo, absoluto e incondicionado como el de la dignidad humana (v. *Vida, cuerpo y dignidad*). El problema último que la libertad en su diferencia con la autonomía y en su conceptualización en sí le presenta a Kant se convertirá treinta años después en uno de los núcleos centrales de la filosofía de Hegel. Los fines de los hombres considerados aisladamente no pueden permitirle a la humanidad alcanzar su destino último como fin en el conjunto de su especie y por eso es que la naturaleza humana resulta más digna de ser amada en las relaciones mutuas de pueblos enteros. La tácita presunción de un sistema internacional de respeto de obligaciones universales ya está presente como camino posible.

[J. C. T.]

Dignidad humana

Juliana González Valenzuela (México) -
Universidad Nacional Autónoma de México

"Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos…" (*Declaración Universal de los Derechos Humanos*).

Concepto y definición de dignidad. El concepto de dignidad está en el centro mismo de los Derechos Humanos. La dignidad intrínseca es invocada en todas y cada una de las declaraciones universales, y muy señaladamente en las que competen a la bioética y aprobadas por la Unesco: la del Genoma Humano, la de los Datos Genéticos Humanos. La más reciente, sobre Bioética y Derechos Humanos, ocupa un lugar central en las reflexiones éticas actuales y en la consideración de la naturaleza humana. Es una referencia obligada para la bioética, aunque es un concepto que carece de un significado claramente definido. Como lo señala la *Encyclopedia of Bioethics*: "*Pocos términos o ideas son más centrales para la bioética y son menos claramente definidos que el de dignidad humana*". Etimológicamente, dignidad viene del latín *dignus*, *dignum*, que corresponde, en griego, a *axios*: valioso, apreciado, precioso, merecedor. La dignidad es equivalente a "valor", a cualidad o a estatus, y se refiere por tanto a lo que merece estimación y honores. En la antigüedad tuvo, ante todo, este último sentido: era el mérito y valor, moral o social, de unos cuantos hombres "dignos", incluso los que llegan a ser "dignatarios". Para el cristianismo medieval, en cambio, la dignidad es atributo de todos los seres humanos porque son creados a imagen y semejanza de Dios. Pero son dos las nociones acerca de la dignidad humana que subyacen en las concepciones filosóficas de la ética, de los propios derechos humanos y del humanismo secular. Una proviene del Renacimiento, en que expresamente la dignidad humana es vista como equivalente a la propia condición libre del hombre, al hecho de que él se da a sí mismo "su sitio en el mundo" y define su propio ser (Pico Della Mirandola). Dignidad, en este sentido, equivale a libertad. "*No te dimos ningún puesto fijo, ni un rostro propios* […] *para que tú mismo como modelador y escultor de ti mismo* […] *te forjes la forma que prefieras para ti* […] *por tu misma decisión*" (Oración sobre la dignidad humana). Otra es la concepción kantiana de la dignidad humana. Las cosas, dice Kant, tienen precio, pero el hombre, en cambio, tiene dignidad. Lo que tiene precio es intercambiable, puede ser mercancía, servir de medio para otros fines. La dignidad del hombre implica, por el contrario, que todo ser humano sea fin en sí mismo, insustituible, nunca intercambiable ni tomado como objeto o cosa, como instrumento o mercancía. En eso se cifra su dignidad y esta es intrínseca a todos y cada uno de los seres humanos por el solo hecho de ser humanos. Esto permite apuntar una definición de dignidad como *el valor intrínseco de todo ser humano, en tanto que humano.*

Dignidad, autonomía y persona. En su íntima conexión y correspondencia con otros valores humanos se alcanza la más cabal comprensión de la dignidad; esto es, con los valores o principios éticos fundamentales de la "autonomía", de la condición de "persona", de "igualdad" y de "no instrumentalidad", así como del "respeto". Todos ellos forman una especie de constelación axiológica por la cual se complementan y esclarecen recíprocamente, revelando aquello que constituye ese

núcleo específico e inviolable de la naturaleza humana, fundamento de todos sus derechos. Autonomía y dignidad son tan cercanas que en muchos sentidos pudieran verse como equivalentes: la dignidad del hombre corresponde ciertamente a esa nota distintiva esencial que es su capacidad de ser autónomo, de darse a sí mismo (*autós*) su propia "ley" (*nomos*), su propio "sitio en el mundo". Autonomía y dignidad se implican e iluminan mutuamente sin ser por completo idénticas; "autonomía" no dice todo cuanto dice "dignidad", y esta no hace expreso cuanto expresa "autonomía". Pero ambas, autonomía y dignidad, son incomprensibles sin la condición de "persona" que define al ser humano. Y lo define al grado de que solo cabe hablar de ser humano en cuanto este es "persona". Y persona es la forma específicamente humana de individuación, por la cual el hombre posee una singularidad única, irrepetible e insustituible, la cual constituye el centro y origen de sus estados de conciencia, de sus emociones y voliciones, de su identidad irremplazable, en suma. La dignidad equivale al valor intrínseco del hombre, precisamente en tanto que persona. De ahí que la propia dignidad sea lo que cada persona defiende y valora de sí mismo (autoestima) y sea al mismo tiempo lo que debe reconocer y respetar en los otros. Y a diferencia de lo que pudo haber sido en el mundo antiguo, la dignidad es reconocida ahora como valor universal, patrimonio de "la familia humana", signo de su constitutiva "igualdad". Somos iguales justamente en dignidad: *"Todos los seres humanos nacen iguales en dignidad"* –afirma categóricamente la Carta de las Naciones Unidas–. Esto significa que la dignidad no la poseen unos hombres y otros no; ella tiene validez ontológica, es definitoria del "ser" hombre y cuenta por igual, independientemente de todas las diferencias, históricas, culturales, físicas, psicológicas, sociales o morales.

Dignidad y respeto mutuo. Como valor intrínseco del ser humano, la dignidad significa el carácter de *fin en sí mismo* (y no de medio para otros fines), que conlleva todo hombre, su no instrumentalidad; aquella condición por la cual no puede considerarse medio, ni objeto, ni mercancía, ni cosa, al servicio de nada ni nadie; su condición esencialmente libre y no esclavizable, no intercambiable. Toda explotación o cosificación del ser humano atenta contra su dignidad o sea contra su propia humanidad. "*Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad*" (Kant). Y es evidente que también el "respeto", comprendido en su sentido básico y esencial se halla necesariamente adherido al valor de la dignidad. Algunos autores consideran incluso que la dignidad no es otra cosa que el respeto mutuo. La etimología remite al verbo *re-spectare*: mirar de nuevo, mirar desde dentro y hacia dentro, valga decir, desde la propia humanidad hacia la humanidad del otro. En eso se cifra respetar: asumirse a sí mismo o asumir al otro en la esencial dignidad. Todo esto explica que la dignidad humana remita también de un modo u otro a la solidaridad, e incluso a la justicia. La libertad implica de hecho la responsabilidad y con ella el cuidado del otro. Derecho y deberes van juntos. "*La dignidad humana debe ser interpretada a la luz de los dos requerimientos de la libertad y de la solidaridad*", dice un texto del Comité Internacional de Bioética de la Unesco. Hay quienes consideran que la autonomía está más cerca de la responsabilidad de las personas; y la solidaridad, de la dignidad. Se advierte entonces, con claridad, que todo este conjunto de valores que gravitan en torno a la dignidad son valores fundamentales de la bioética. Ellos están presentes en todas las cuestiones éticas relativas al *bios*, a la vida y, en especial, al trato con ella que tienen la biomedicina y la biotecnología contemporáneas.

Referencias

Roberto Andorno. *Bioética y dignidad de las personas,* Madrid, Tecnos, 1998. - Giovanni Pico Della Mirándola. *Oración sobre la dignidad humana.* - J. González. *Genoma humano y dignidad humana*, Barcelona, UNAM, Anthropos, 2004. - E. Kant. *Fundamentación a la metafísica de las costumbres*. - Carlos Nino. *Ética y derechos humanos*. Buenos Aires, Astrea, 1989. - Jürgen Habermas. *El futuro de la naturaleza humana,* Barcelona, Paidós, 2002. - Unesco, *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos*, París, octubre, 2005.

Humanismo y dignidad

Christian de Paul de Barchifontaine (Brasil) -
Centro Universitário São Camilo de São Paulo

Crisis del humanismo. Partiendo de la premisa que la bioética, ética de la vida, de la salud y del medio ambiente es un espacio de diálogo transprofesional, transdisciplinario y transcultural en el área de la salud y de la vida –un grito por el rescate de la dignidad de la persona humana dando énfasis en la calidad de vida–, todo proceso de dignidad y humanismo pasa por la protección a la vida humana y su ambiente a través de la tolerancia, del cuidado y de la solidaridad. Pasamos por una profunda crisis del humanismo. Presenciamos a escala mundial grandes transformaciones en varias instancias como economía, política, desarrollo tecnológico, derechos y deberes de los ciudadanos, funciones familiares, salud y supervivencia de muchos pueblos, entre otras. De la globalización excluyente, ¿sería posible pasar a la globalización

de la solidaridad? ¿Qué está ocurriendo a las personas? ¿Dónde está lo humano? El simple estar con el otro, la compasión, la tolerancia, la solidaridad, ¿se hicieron valores desechables que cuentan poco o nada? ¿Hasta cuándo?

El concepto de dignidad. Una persona es digna, o su conducta es digna, cuando sigue los dictados de la racionalidad o los principios de la moral vigentes en el lugar. Digno es el comportamiento adecuado a los ojos del ciudadano honesto. La referencia es al mismo tiempo individual y colectiva, sujeta a la internalización de la ley del padre (superego), aunque pueda surgir cierto desnivel entre las dos evaluaciones, desnivel tributario no solo del carisma o del capricho individual, sino también de la educación recibida. La noción de dignidad humana, que varía de acuerdo con las épocas y los lugares, es una idea fuerza que actualmente tenemos y admitimos en la civilización occidental. El concepto de dignidad humana introduce un elemento de orden y de armonización en el conflicto de las relaciones de las comunidades humanas, a través de la tolerancia, del cuidado y de la solidaridad. Esta noción de dignidad como característica común a todos los seres humanos es relativamente reciente, siendo difícil fundamentarla si no es como reconocimiento colectivo de una herencia histórica de civilización, colocándose la cuestión de saber si la dignidad humana no será el modo ético como el ser humano se ve a sí mismo.

Dignidad y supervivencia. El abordaje actual de la dignidad humana se hace, sobre todo, por la negativa, por la negación de la banalidad del mal: es por estar confrontado a situaciones de indignidad o a la ausencia de respeto que se tiene indicio de tipos de comportamiento que exigen respeto. En ese sentido, es fundamental en la definición de los derechos humanos y en el abordaje de nuevos problemas de bioética, en especial en una ética del ambiente, una ética que implica también solidaridad, ya que si la dignidad se relaciona con el respeto, las desigualdades sociales y económicas en las sociedades modernas hacen que una parte de esas sociedades no se pueda respetar a sí misma. Debemos referir también el lugar que el hombre se atribuyó a sí mismo en el ámbito de un mundo "tecnicizado", que perdió la conexión con el mundo sensible, con el mundo vivo, cometiendo actos indignos contra la vida añil, vegetal. En ese sentido, la supervivencia de nuestra especie está asociada a la supervivencia de la naturaleza; de este modo, al alargar el concepto de dignidad, nos disponemos a asegurar la continuidad de los seres humanos en una ética de responsabilidad por el futuro, en un alargamiento no solo de la concepción de lo que es ser humano, sino también de lo que es la comunidad sin la cual el ser humano no subsiste.

Dignidad y cuidado. La dignidad humana también es un concepto evolutivo, dinámico, abarcador, la toma de conciencia del dominio de todos al género humano confrontado en la comunidad de destino, que se fue alargando a grupos diferenciados, dándoles otro estatuto. Otro elemento en el proceso dignidad y humanismo es la idea de cuidado, que refuerza los campos éticos de atención al singular, abre la participación y la solidaridad, y afecta el modo del mirar con que los otros son vistos. Por ejemplo, la humanización de la salud presupone considerar la esencia del ser, el respeto de la individualidad y la necesidad de la construcción de un espacio concreto en las instituciones de salud que legitime lo *humano* de las personas involucradas. El presupuesto subyacente en todo el proceso de atención humanizado es facilitar a la persona vulnerada el poder enfrentar positivamente sus desafíos. Este rescate presta atención a varias cuestiones que deben ser consideradas en el tiempo presente, como el avance tecnológico disociado de las percepciones afectivas, la cultura consumista y rápidamente desechable, la insatisfacción con la simplicidad de la vida y la búsqueda constante de emociones fuertes, entre otras. El cuidar humanizado implica, por parte del cuidador, la comprensión del significado de la vida, la capacidad de notarse y comprenderse a sí mismo y comprender al otro, situado en el mundo y sujeto de su propia historia. La humanización en la atención exige esencialmente de los profesionales de la salud, el compartir con su paciente las experiencias y vivencias que resulten en la ampliación del foco de sus acciones restringidas al cuidar como sinónimo de ayuda a las posibilidades de la supervivencia. En otras palabras, ejercer en la práctica el re-situar de las cuestiones personales en un cuadro ético, en que el cuidar se vincula en la comprensión de la persona en la peculiaridad y originalidad de ser. Ante el desafío cotidiano en el cual nos enfrentamos con situaciones indeseables de indiferencia, son imprescindibles la solidaridad y la atención digna con calor humano. Ser sensible a la situación del otro es notar el querer ser atendido con respeto, dentro de un vínculo de diálogo y de intereses compartidos. No podemos olvidar que, en toda relación profesional construida en la confianza, siempre estamos frente a una situación de encuentro entre una competencia y una conciencia. Esto exige, en consecuencia, una responsabilidad y un compromiso ético. En este alargamiento del propio concepto de dignidad humana, como nudo de apoyo de la definición de los Derechos Humanos y de su salvaguarda, hay una ética social que, en el ámbito de la bioética, se actualiza en el acceso equitativo a los cuidados de

salud de calidad apropiada para todos respetando su dignidad.

La dignidad como valor. El término dignidad humana es el reconocimiento de un valor. Es un principio moral basado en la finalidad del ser humano y no en su utilización como un medio. Ello quiere decir que la dignidad humana estaría basada en la propia naturaleza de la especie humana, la cual incluye normalmente manifestaciones de racionalidad, de libertad y de finalidad en sí, que hacen del ser humano un ente en permanente desarrollo en la búsqueda de la realización de sí mismo. Ese proyecto de autorrealización exige, de parte de otros, reconocimiento, respeto, libertad de acción y no instrumentalización de la persona. Esa autorrealización personal, que sería el objeto y la razón de la dignidad, solo es posible a través de la solidaridad ontológica con todos los miembros de nuestra especie. Todo lo que somos se debe a otros que nos antecedieron y nos transmitieron una lengua, una cultura, una serie de tradiciones y principios. Una vez que fuimos constituidos por esta solidaridad ontológica de la raza humana y estamos inevitablemente sumergidos en ella, nos realizamos nosotros mismos a través de la relación y ayuda al otro. No respetaríamos la dignidad de los otros si no la respetásemos en el otro. De este modo, la sociabilidad del ser humano lo funda en dignidad. La persona humana adviene en la comunidad humana. El aislamiento la hace igual a los animales. El proceso de individualización, garantía de la dignidad humana, tiene etapas de socialización hasta lograr la madurez. La comunidad humana confiere a cada ser la capacidad de lenguaje, de dar un nombre a cada cosa, y de estructurar así su agilidad y amplitud de representación simbólica. ¿Qué valor atribuimos a la vida? ¿De qué modo podemos proteger y hacer mejor ese bien? ¿Cómo mejorar nuestra convivencia humana? Si bioética significa fundamentalmente amor a la vida, seguramente nuestras voces pueden convergir hacia estimulantes respuestas para mejorar la vida de nuestro pueblo, como también nuestra convivencia pasando por el respeto de la dignidad de la vida de las personas.

Solidaridad, bien común y tolerancia. Los grandes problemas de la humanidad de hoy, aun sin rechazar la gran contribución que la ciencia y la tecnología pueden dar para superar las condiciones de miseria y de deficiencias de los diferentes géneros, solo serán solucionados a través de la reconstrucción de la comunión humana en todos los niveles, a través de la solidaridad que debe entenderse como la determinación firme y perseverante de empeñarse para el bien común, es decir, para el bien de todos y cada uno, para que todos sean responsables de todos. La tolerancia designa el hecho de abstenerse de intervenir en las acciones u opiniones de otras personas, aun cuando esas opiniones o acciones nos parezcan desagradables o moralmente reprensibles. Así, la tarea cotidiana del cultivo de la tolerancia incluye una actitud proactiva de búsqueda del punto ideal de encuentro con el otro en los momentos de discordancia y enfrentamientos. La tolerancia es una conquista en el camino a la solidaridad, ese lazo recíproco que une personas como corresponsables por el bien de los demás. Con sus sueños de un mundo mejor, la ética puede contribuir mucho en el proceso de humanización, mostrando con argumentos racionalmente fundamentados, parámetros y pistas para una acción que rescata la dignidad del ser humano y propone traer de vuelta hacia el ámbito del humano la sociedad, a pesar de una mentalidad tecno-científica sin sensibilidad humana y de la búsqueda de ganancia sin escrúpulo del paradigma capitalista de la sociedad.

Referencias

Léo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine (Orgs.). *Fundamentos da bioética*, São Paulo, Paulus, 1996. (Nova práxis cristã). - Léo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine. P*roblemas atuais de Bioética*, 7ª edición, São Paulo, Loyola e Centro Universitário São Camilo, 2005. - Léo Pessini, Luciana Bertachini (Orgs). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo, Loyola e Centro Universitário São Camilo, 2004.

Vida, cuerpo y dignidad humana

María Luisa Pfeiffer (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

Vida y dignidad. Dignidad humana hace referencia a un principio moral según el cual la persona humana nunca debe ser tratada solo como un medio sino como un fin en sí, es decir que el ser humano no debe ser nunca empleado como instrumento puesto que sería desconocer que es un fin en sí mismo. Que la vida del hombre, independientemente de cualquier enfoque ideológico, cultural o religioso, tenga un valor en sí misma y por sí misma constituye la base y el fundamento para que cualquier otra valoración del ser humano pueda desarrollarse en su proyección personal y social. La vida del hombre no es meramente una suma de fenómenos sometidos a las leyes "físicas" (término que remite al de *Physis*, griego) o naturales, sino que tiene aspectos que tocan a sus relaciones históricas, sociales, psíquicas, religiosas, políticas, familiares, etc., que no pueden pensarse sometidas a determinismos, sino conformes a su capacidad deliberativa y creadora. Todos estos aspectos en que la vida humana se manifiesta exigen un pleno desarrollo

individual y comunitario; solo cumplida esta posibilidad, cada miembro de la sociedad, libre y solidario, alcanzará un pleno reconocimiento de su dignidad por sí mismo y por los demás. Libertad, dignidad y solidaridad son conceptos que se superponen y ninguno puede ser pensado sin relación con los otros. De modo que calificaremos de digna a una sociedad en que la vida humana sea merecedora de obligaciones morales.

La concepción judeocristiana de la dignidad humana. Si bien las culturas han reconocido en la vida un valor básico a promover por su contenido intrínseco, será diferente esa valoración respecto de la vida vegetal, animal o humana. Dignidad se asocia a vida humana en cuanto supone el reconocimiento de un igual y la apropiación de ese reconocimiento como autorreconocimiento. Históricamente se asoció dignidad a excelencia, realce del ser humano sobre los seres que no lo son, fundado en caracteres más o menos trascendentes. El desarrollo del concepto de dignidad está asociado en nuestra cultura a la reflexión judeocristiana sobre el papel del hombre en el pueblo de Dios. El judeocristianismo reconoce la dignidad del ser humano en cuanto ocupa un lugar privilegiado en la naturaleza por haber sido creado a imagen y semejanza de Dios. Esta idea es reelaborada casi textualmente por el evolucionismo, que retoma la sucesión del tiempo como un proceso de perfección de lo creado y establece la supremacía del ser humano en el orden natural, por ser el último escalón del proceso de la naturaleza. Esta concepción es fortalecida hoy por los que proponen un futuro ser humano "mejor", un superhumano, utilizando la tecnología. La concepción judeocristiana del hombre de la que somos herederos, enaltece al ser humano frente a los demás seres de la naturaleza facultándolo para que los utilice como recursos (o medios) para sostener su vida. Además, promueve un tratamiento específico de respeto, igualdad y equidad entre los mismos hombres en cuanto a que su dignidad es reconocida por Dios como miembro fiel del pueblo elegido. El fiel judío reclama a su Señor el cumplimiento de sus promesas aunque reconoce su indignidad frente a su creador. Si ningún hombre es digno frente a Dios, sí lo es frente a los demás hombres, que deben reconocer esa dignidad como proveniente del núcleo constitutivo de su propio ser, que no puede ser puesto en juego, haga lo que haga. Por ello, para mantenerla no es necesario, aunque sea valioso, apoyarse en exterioridades, porque ningún ejercicio de la dignidad las requiere. También por ello, ningún ser humano pierde su carácter de digno frente a los otros humanos, ni siquiera en el caso que él mismo se considere indigno o inmerecedor de ese respeto. Hay actos aberrantes, situaciones de sometimiento extremo, condiciones de vida de mera sobrevivencia, en que la dignidad se ve reducida a su mínima expresión, en que el que sufre esas situaciones o actúa de esa manera está en el polo opuesto a la posibilidad de ser libre y solidario, de ser imagen y semejanza de Dios, en que está rozando los límites de lo humano, pero incluso en esas circunstancias puede exigir el respeto que merece todo ser humano por serlo.

La dignidad en Kant. Mientras para el judeocristianismo la dignidad, como todo lo creado, es un don divino, el humanismo que nace de la Ilustración la considera como valor del sujeto que la ostenta, supone un merecimiento que pertenece al ser humano por el hecho de serlo y que se materializa en el respeto propio y ajeno. La dignidad promueve la excelencia o el encumbramiento correlativos a un tal grado de reconocimiento, lo cual permite al sujeto manifestarse como un ser autónomo que se apoya o sustenta sobre sí mismo pero que, al mismo tiempo, exige el reconocimiento del valor de esa subjetividad. Es Kant quien más desarrolla esta idea cuando separa el orden humano y sus leyes del de la naturaleza y sus leyes. Como ser natural el hombre busca su felicidad (cumplir con sus deseos y necesidades) pero para Kant, el hombre tiene otra vocación: ser "digno de ser feliz", lo cual se logra con el ejercicio de la buena voluntad. Todo ser humano, para Kant, está dotado de dignidad (*Würde*) en virtud de su naturaleza racional. Es la razón práctica, la voluntad, la que debe "hacerse buena" obedeciendo sus propios mandatos que la obligan a la solidaridad, es decir, a establecer una ley buena para todos los hombres. Se ha pensado la voluntad como mero ejercicio de libertad, olvidando el calificativo de buena que le adosa Kant, como el ejercicio de una voluntad individual cuando la voluntad kantiana (la razón práctica) es trascendental, no pertenece a ningún individuo, sino que los trasciende a todos. Esa es la confusión que alienta a ciertos bioeticistas que rechazan el concepto de dignidad como inútil remplazándolo por el de libertad o derecho: toman como criterio normativo las decisiones de libertades individuales para sí mismas. El resultado es un puro pragmatismo. No es posible pensar la dignidad sin asociarla a la igualdad y la libertad y, en la propuesta kantiana, que recoge los fundamentos del judeocristianismo, sin la solidaridad. Para Kant la dignidad no se identifica con el sentimiento personal de no corrupto, sino con la capacidad racional de ser morales sostenida por la voluntad legisladora de la razón de la que emana el respeto por sí mismo y por el prójimo. Este reconocimiento es incondicional y carece de comparación; nadie es más digno que otro, no hay ningún atributo que confiera mayor dignidad entre los hombres. Y por

ello mismo no puede ser cambiado ni sacrificado so pretexto de que será remplazado por una dignidad o bien superior. Como la dignidad no puede ser calculada, no se puede decir que algunos hombres valgan más que otros. Kant hace referencia a los serviles, lujuriosos, suicidas, mentirosos, borrachos, arrogantes, difamadores, los que se burlan, torturan, realizan fechorías sexuales, que no han respetado ni su propia dignidad ni la ajena, pero que merecen respeto como seres humanos.

Cuerpo y dignidad. Este planteo kantiano ha llevado a la pregunta de si la dignidad es propia de la naturaleza humana o tiene su origen en determinado tipo de relaciones culturales entre los hombres. La misma pregunta proviene de un planteo filosófico que debe reconocer su origen cultural, lo cual no invalida ninguno de sus aportes, que pueden ser adoptados y de hecho lo han sido por otras culturas no filosóficas. Es la filosofía precisamente la que universaliza la condición humana calificando de iguales a todos los que la posean. La dignidad es el reconocimiento de la condición de humano para sí mismo y para los demás como iguales. Esto implica una condición relacional ineludible cuando nos referimos a la dignidad: el reconocimiento del propio valor (esto no tiene nada que ver con la autoestima que es la buena opinión acerca de sí mismo) y del valor de ser humano en los demás y de la exigencia de ese reconocimiento, que deriva en la noción de derecho. Este reconocimiento es incondicional; no hace falta comprobar la condición humana, no hace falta que la misma sea experimentada como tal, no hace falta que haya un sentimiento de humanidad: el reconocimiento de la dignidad que exigimos del otro, y que estamos obligados a ejercer como respeto, no requiere más que la presencia "corporal" humana. Desde aquí se puede asociar dignidad al concepto secularizado de sacralidad del cuerpo. El cuerpo es sagrado en tanto y en cuanto no se lo puede tocar, no se lo puede violar, no se puede penetrar en él: esto es lo que consagra el derecho a la integridad. De modo que la dignidad humana no solo tiene que ver con la identidad del humano sino, tan básicamente como lo anterior, con su integridad.

Dignidad, calidad de vida y derechos. Se ha asociado el concepto de digno al de calidad de vida, en el sentido de que solo sería digna una vida que cumpla con ciertas pautas que la hagan calificada. Si bien se puede aceptar una calificación propia de la vida humana, en cuanto a que es diferente de otros tipos de vida y no puede reducírsela, por ejemplo, a la mera supervivencia, la pregunta a responder es por los criterios de calidad. Puede haber un abuso en la concepción de calidad de vida cuando se considera indigna la vida de alguien que ha perdido o carece de algunas de sus facultades, como sus sentidos, su racionalidad, sus sentimientos, lo cual disminuye a su mínima expresión (nunca anula definitivamente excepto en la muerte) el ejercicio de su expresión, su libertad y su comunicación. También cuando se considera indigna la vida del que sufre atrozmente, del que no puede moverse o hacerlo con dificultades, ni actuar sobre el mundo que lo rodea, ni producir, ni crear. Negar a esas vidas calidad suficiente es condicionar el reconocimiento de la dignidad y afirmar que esos seres carecen de ella, lo cual significa en sustancia que no alcanzan la condición de humanos. La consecuencia inmediata es que esas vidas no merecen la pena vivirse y menos aun respetarse. Cuando afirmamos más arriba que todas las manifestaciones de la vida humana exigen un pleno desarrollo, ello no significa que condicionemos el reconocimiento de la dignidad humana a dicho desarrollo, sino que hay una obligación en cada ser humano como en la sociedad de que necesariamente forma parte, de proporcionar las condiciones para que cada uno pueda alcanzar su máxima expresión de ser, sea cual fuere su condición y reconocer así más plenamente su dignidad y la de los demás. El concepto de dignidad es basal en el momento de pensar en la noción de derecho. En efecto, podríamos reducir el concepto de derecho al de la exigencia del respeto por la dignidad humana en cuanto a la necesidad de que todos y cada uno de los seres humanos pueda alcanzar su plena realización.

Referencias

P. Magnard (ed.) *La dignité de l'homme. Actes du Colloque Sorbonne Paris IV,* Nov. 1992, Paris, Champion, 1995. - M. S. Prichard. Human Dignity and Justice, *Ethics,* 82, 1972, pp. 106-113. - T. de Koninck. *De la dignité humaine,* París, PUF, 1995. - E. Kant. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Buenos Aires, Espasa-Calpe, 1980. - E. Kant. *Metafísica de las costumbres,* Madrid, Tecnos, 1989.

Crímenes de lesa humanidad

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

El concepto de crímenes que dañan, ofenden, agravian o lastiman la humanidad en su conjunto es relativamente reciente en la historia; puede decirse que, más específicamente, es una construcción ética y jurídica del siglo XX. El Estatuto del Tribunal Militar Internacional de Nuremberg del 8 de agosto de 1945, establecido para juzgar los crímenes de la Alemania nazi durante la Segunda Guerra Mundial, definió los *Crímenes contra la Humanidad* como las "*atrocidades y crímenes, incluidas pero no limitadas al asesinato, exterminio,*

esclavitud, deportación, encarcelamiento, tortura, secuestro, y otros actos inhumanos cometidos contra cualquier población civil, o persecuciones sobre bases políticas, raciales o religiosas, hayan sido cometidas o no en contra de la legislación nacional del país donde fueron perpetradas". La Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció en 1946 ese concepto como parte del derecho internacional. Posteriormente, esos crímenes fueron considerados en los estatutos de los tribunales penales internacionales para Ruanda y la antigua Yugoslavia, y quedaron definidos en un tratado internacional el 17 de julio de 1998 con la aprobación del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. En el Preámbulo de este se señala que en el siglo XX, millones de niños, mujeres y hombres fueron víctimas de atrocidades que conmueven profundamente la conciencia de la humanidad y que esos graves crímenes constituyen una amenaza para la paz, la seguridad y el bienestar de la humanidad.

Actos que se entienden como crímenes de lesa humanidad. El Estatuto de Roma entiende como 'crimen de lesa humanidad' once actos, cuando son cometidos como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de dicho ataque. Como 'ataque contra una población civil' se entiende una línea de conducta que implica la comisión múltiple de esos actos de conformidad con la política de un Estado o de una organización de cometer ese ataque o de promover esa política. Esos once actos son: 1. Asesinato. 2. Exterminio: comprende la imposición intencional de condiciones de vida, entre otras, la privación del acceso a alimentos o medicinas, encaminadas a causar la destrucción de parte de una población. 3. Esclavitud: se entiende como el ejercicio de los atributos del derecho de propiedad sobre una persona, o de algunos de ellos, incluido el ejercicio de esos atributos en el tráfico de personas, en particular mujeres y niños. 4. Deportación o traslado forzoso de población: desplazamiento forzoso de las personas afectadas, por expulsión u otros actos coactivos, de la zona en que estén legítimamente presentes, sin motivos autorizados por el derecho internacional. 5. Encarcelación u otra privación grave de la libertad física en violación de normas fundamentales de derecho internacional. 6. Tortura: causar intencionalmente dolor o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, a una persona que el acusado tenga bajo su custodia o control; sin embargo, no se entiende por tortura el dolor o los sufrimientos que se deriven únicamente de sanciones lícitas o que sean consecuencia normal o fortuita de ellas. 7. Violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada o cualquier otra forma de violencia sexual de gravedad comparable: entendiendo por 'embarazo forzado' el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del derecho internacional, pero no se entiende que esta definición afecte a las normas de derecho interno relativas al embarazo. 8. Persecución de un grupo o colectividad con identidad propia fundada en motivos políticos, raciales, nacionales, étnicos, culturales, religiosos, de género: entendiendo por 'persecución' la privación intencional y grave de derechos fundamentales en contravención del derecho internacional en razón de la identidad del grupo o de la colectividad. 9. Desaparición forzada de personas: la aprehensión, la detención o el secuestro de personas por un Estado o una organización política, o con su autorización, apoyo o aquiescencia, seguido de la negativa a admitir tal privación de libertad o dar información sobre la suerte o el paradero de esas personas, con la intención de dejarlas fuera del amparo de la ley por un periodo prolongado. 10. El crimen de apartheid: son los actos inhumanos ya mencionados cuando son cometidos en el contexto de un régimen institucionalizado de opresión y dominación sistemáticas de un grupo racial sobre uno o más grupos raciales y con la intención de mantener ese régimen. 11. Otros actos inhumanos de carácter similar que causen intencionalmente grandes sufrimientos o atenten gravemente contra la integridad física o la salud mental o física.

Características de los actos. El Estatuto de Roma comienza estableciendo la Corte Penal Internacional con facultades para ejercer su jurisdicción sobre personas que cometan crímenes de lesa humanidad y en modo complementario a las legislaciones penales nacionales, vinculándose por un acuerdo con las Naciones Unidas. La Corte, con sede en La Haya, puede ejercer sus funciones en cualquier Estado parte y, por acuerdo especial, en el territorio de cualquier otro Estado. Cuatro son los crímenes de competencia de la Corte: los crímenes de lesa humanidad, los crímenes de guerra, el delito de agresión y el crimen de genocidio (v.). Con esa diferencia se puede entender que los crímenes de lesa humanidad pueden ser cometidos tanto en tiempo de guerra como en tiempo de paz, haya habido o no agresión militar porque se pueden aplicar incluso a la legislación que se dirija al traslado forzoso de población. Como se ha dicho, los actos tienen que formar parte de un 'ataque contra una población civil', y esta es así considerada aunque haya presencia de soldados en esa población, pero esos actos han de ser generalizados o sistemáticos de modo que los actos dispersos o al azar no llegarían a constituir crímenes de lesa humanidad. No solo el Estado

puede cometer este tipo de crímenes, sino también aquellos individuos que actúen con su consentimiento o instigación y también pueden formar parte de la política de grupos rebeldes a un gobierno.

Los médicos como acusados. El Juicio a los médicos o el 'Caso Médico' fue uno de los juicios de Nuremberg. Designado como "United States of America v. Karl Brandt et al.", fue el Caso No. 1 del Tribunal Militar I, celebrado bajo los auspicios militares de la Declaración de Moscú sobre las Atrocidades Alemanas firmada por Roosevelt, Churchill y Stalin el 1 de noviembre de 1943; la Orden Ejecutiva 9547 del 2 de mayo de 1945 firmada por Truman; y el Acuerdo de Londres firmado el 8 de agosto de 1945 por Estados Unidos, Francia, el Reino Unido y la Unión Soviética. El 20 de diciembre de 1945 se firmó la Ley del Consejo de Control No.10 que establecía el castigo por crímenes de guerra, contra la paz y contra la humanidad. El juicio se abrió el 9 de diciembre de 1946 y se pronunció el 19 de agosto de 1947. El 20 de agosto fue impuesta la pena de muerte por horca a siete médicos: Karl Brandt, Rudolf Brandt, Karl Gebhardt, Joachin Mrugowsky, Victor Brack, Wolfram Sievers y Waldemer Hoven. El veredicto de culpabilidad fue por crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad con pruebas documentales de los experimentos médicos. El juicio concluyó con la enumeración de un código de diez puntos sobre ética de la experimentación en humanos conocido como el Código de Nuremberg. El jefe del Consejo de Crímenes de Guerra, brigadier general Telford Taylor sostuvo en su declaración de apertura del Tribunal de Nuremberg: "*Los acusados en este caso tienen cargos de asesinato, torturas y otras atrocidades cometidas en nombre de la ciencia médica. Las víctimas de estos crímenes se cuentan por cientos de miles*".

La bioética latinoamericana ante los crímenes de lesa humanidad. La bioética tradicional, de corte angloamericano especialmente, aunque en ocasiones también de corte europeo, ha minimizado o excluido la consideración del derecho internacional de los derechos humanos como parte relevante de su reflexión. Esto se puede observar de un modo más acusado aun en la consideración o no de los crímenes de lesa humanidad como parte del campo de discusión de la bioética. Y esto más allá del origen claramente asociado de la bioética a esa tradición, comenzando por el Código de Nuremberg. En la *Nouvelle Encyclopédie de Bioétique* dirigida por Gilbert Hottois y Jean-Noël Missa, bajo la entrada 'Droits de l'Humanité', se afirma que la noción de tales derechos resulta vaga, problemática y poco operatoria, aunque no es disociable de la historia de los derechos humanos. Mientras en estos los sujetos pueden ser perfectamente designados por ser miembros de la especie humana, la humanidad como sujeto resultaría más difícil de definir. Estas afirmaciones resultan cuando menos sorprendentes luego de haber enumerado los once actos señalados por el Estatuto de Roma como crímenes de lesa humanidad. Todos ellos definen en modo claro, prescriptivo y operatorio lo que ha de entenderse por humanidad. Todos esos crímenes atentan contra y destruyen los supuestos más elementales de la noción de dignidad humana. Para la teoría y la práctica de la bioética en América Latina, una región en la que se han cometido y se siguen cometiendo estos crímenes fracturando los supuestos más elementales de la moral colectiva, este concepto no puede resultar trivial, sino que se constituye en punto de reflexión constitutivo para la construcción de la misma.

Referencias

Baltasar Garzón. *Cuento de Navidad. Es posible un mundo diferente,* Ediciones de la Tierra, 2002. - George Annas, Michael Grodin. *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*, New York, Oxford University Press, 1992.

Género y sexualidad

Si bien el término sexo suele expresar diferencias en la configuración física (v. *Sexo y sexualidad*), al hablar de género se considera la identificación psicológica, emocional y sociocultural de los individuos en su consideración como masculinos o femeninos. La identidad de género estable suele atribuirse únicamente a los individuos adultos. Pero el hablar de género conduce a precisar otros conceptos y definiciones próximos a la noción de sexo, de los cuales el término género quiere diferenciarse y cuyo significado se confunde muy frecuentemente en los casos problemáticos en bioética. Las desigualdades de género –y en particular la situación de los derechos de las mujeres– son uno de los mayores problemas de justicia en América Latina (v. *Justicia y Género; Derechos Humanos de las mujeres y Derecho Penal*) donde concurren además otras injusticias: la pobreza, la discriminación de diversos tipos (v. *Sexismo; Homofobia*), la violencia y la muerte (v. *Violencia sexual y femi-ni-cidio*). Los casos de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez y en la Ciudad de Guatemala constituyen un brutal paradigma de la casuística del femi(ni)cidio en América Latina.

La diversidad de 'sexos'. Frente al tradicional y simple supuesto de la distinción binaria del sexo, el intento de encontrar un marco de respaldo empírico a las reflexiones acerca de casos problemáticos sobre sexualidad en bioética se encuentra con una importante diversidad de conceptos y significados para referirse al mismo. Y estos han de ser debidamente considerados. Algunos de ellos, que a continuación mencionaremos, se utilizan más frecuentemente. 1. *Sexo genético* refiere habitualmente a la presencia o ausencia del gen SRY en el brazo corto del cromosoma Y, lo que permite o no el desarrollo testicular. 2. *Sexo cromosómico* indica que siendo que ambos progenitores aportan cada uno una parte a la constitución sexual del nuevo individuo y que en ese sentido la madre siempre aporta un cromosoma denominado X y el padre puede aportar un cromosoma X u otro denominado Y. Los individuos pueden ser XX o XY en su cromosoma sexual. Se define entonces el sexo cromosómico por la presencia o ausencia del cromosoma Y, lo que habitualmente es interpretado como sexo masculino en quienes lo poseen y sexo femenino en quienes carecen del mismo. Pero se han citado casos con cromosomas XX y configuración física masculina con presencia de testículos debido a la translocación del gen SRY en otro cromosoma. 3. *Sexo gonadal* se usa para describir como individuos masculinos a quienes tienen tejido testicular e individuos femeninos a quienes poseen tejido ovárico. Desde finales del siglo XIX se considera hermafroditas 'verdaderos' a aquellos individuos con ovarios y testículos, hermafroditas 'femeninos' a individuos con tejido ovárico y genitales 'ambiguos', y hermafroditas 'masculinos' a aquellos individuos con tejido testicular y genitales 'ambiguos'. Estas consideraciones se aplican en algunos autores para referirse a estados 'intersexuales'. 4. *Sexo fenotípico interno* indica que durante la vida embrionaria las hormonas secretadas por las gónadas contribuyen a la conformación del fenotipo sexual en el sentido anatómico, inhibiendo o permitiendo el desarrollo del útero y trompas de Falopio, o del epidídimo, los vasos deferentes y la próstata, según los casos. 5. *Sexo fenotípico externo* indica que la secreción de testosterona y su posterior conversión en dihidrotestosterona en los fetos que poseen testículos hace que los pliegues labioescrotales se fusionen para formar el escroto en el cual han de descender los testículos mientras que el falo se desarrolla como un pene en tanto la uretra migra a lo largo del mismo. En los fetos sin testículos funcionales, o enzimas de conversión de la testosterona o receptores hormonales, los pliegues labioescrotales dan lugar a los labios de la vulva y el falo queda convertido en clítoris. Todo esto hace que muy frecuentemente se diga de los niños al nacer que uno es un varón y otro una nena determinando en gran medida el sexo de atribución y crianza por parte de los padres y la sociedad. 6. El término *sexo de atribución* suele usarse antes que el de crianza o educación, dado que con el mismo podemos referirnos tanto a la conducta adoptada por los padres en la identificación sexual de sus hijos desde el momento del nacimiento y posterior crianza con vestidos, juegos, etcétera, así como a la expectativa previa al nacimiento y el deseo tácito o explícito de uno o ambos padres acerca del sexo del futuro hijo. 7. El término *'transexual'* suele aplicarse a la incongruencia entre sexo y género que se inicia en la niñez o la adolescencia y suele considerarse como *'intersexo'* a aquellas condiciones en las cuales un individuo no sigue en su desarrollo físico los pasos que frecuentemente conducen desde el sexo genético hasta la identificación de género en el individuo adulto.

Más allá de su interpretación –que pueda recibir otros significados– y de la posible reformulación de uno o más de estos vocablos, interesa aceptar la complejidad de un término que se ha querido

entender como simple. Porque junto a la aceptación de esta complejidad estaremos aceptando la diversidad de 'sexos' que supone la palabra 'sexo', sus relaciones y diferencias con la noción de género, y consecuentemente la diversidad y complejidad de las personas sobre las cuales podamos reflexionar bioéticamente. Solo sobre la aceptación de esa diversidad podemos iniciar el camino de una visión éticamente pluralista.

Identidad de género. En 2003 un comité hospitalario de ética en Argentina respondió a la consulta que le había sido presentada por la abogada patrocinante de una persona que solicitaba un cambio de nombre y sexo en su documento de identidad. Se trataba de Pablo, un individuo de 39 años que al nacer había sido inscrito con el nombre Patricia adjudicándosele entonces sexo femenino. En el momento de la consulta se comportaba con pautas de conducta correspondientes al género masculino. Había cambiado el uso de su nombre femenino de documento por el nombre masculino Pablo sin mediar en ello trámite judicial, pero quería peticionar para cambiar su nombre y sexo en el documento de identidad. Para emitir opinión, el comité pidió tener una entrevista con el paciente. En la reunión participaron este, su abogada y dos miembros del comité. Pablo se mostró como una persona equilibrada en el diálogo, que escuchaba con atención las preguntas que se le hacían y respondía a ellas con claridad, seguridad y respeto, reflexionando sobre las cuestiones que se trataban. Pablo tenía una conformación anatómica y fisiológica femenina completa. Su sexo genético, cromosómico, gonadal y su fenotipo interno y externo eran femeninos. Al nacer se le había atribuido sexo femenino siendo criado como una niña por sus padres. A partir de los 5-6 años comenzó a sentir deseos de jugar con juguetes propios de los varones y a expresárselo a su madre. Sus padres no cambiaron la orientación femenina de su educación. Al crecer fue adoptando progresivamente el género masculino. Esto le llevó a situaciones repetidas de padecimiento social. Al buscar trabajo o al realizar trámites en lugares públicos, como bancos y oficinas administrativas mostrándose con vestimenta y signos externos masculinos, atravesaba situaciones de extrema violencia psicosocial al presentar su documento con nombre y sexo femenino. Pablo fue intervenido con una cirugía reductora de sus mamas. Al preguntársele por su deseo de realizar o no una cirugía de corrección de genitales externos, expresó que no estaba en su deseo, pero que si un juez se lo solicitara para autorizarle el cambio de nombre y sexo no tendría inconveniente en efectuarla. A los miembros del comité les resultaba inaceptable que una persona debiera someterse a una operación cruenta, que no deseaba libremente, debido al vacío legal existente. El comité de ética, luego de desarrollar diversas consideraciones y fundamentos entendió que la solicitud de Pablo del cambio de nombre en su documento de identidad estaba éticamente justificada, pero que no podía opinar lo mismo respecto del cambio en la denominación de su sexo en el documento de identidad en el marco jurídico existente entonces en el país. Le resultaba problemático a los miembros del comité de ética, que no eran juristas especializados, el comprender cuestiones ligadas a la maternidad en la atribución de sexo masculino a un individuo con capacidad reproductiva femenina completa, ante la legislación vigente que atribuía maternidad a quien diera a luz y paternidad al individuo masculino que reconociera como suyo a un recién nacido. Pero el comité entendía que el caso de Pablo desafiaba los conceptos jurídicos y morales habituales y que desde el campo normativo legal debían generarse nuevas figuras jurídicas que pudieran dar respuesta a dichas situaciones. La recomendación final, dirigida a quienes fueran a entender jurídicamente en el caso, era que consideraran que la petición de Pablo tenía una indudable fuerza y consistencia moral y que le cabía al Estado encontrar el procedimiento normativo para que estos casos –aunque poco frecuentes– tuvieran una respuesta que hiciera que lo ético fuera justicia.

El 1º de marzo de 2007 se aprobó en España la denominada 'Ley de identidad de Género', que regula los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género y contempla también el cambio del nombre propio para que no resulte discordante con el sexo reclamado. Aunque la Ley requiere acreditar que la persona ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado, no considera necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual. La ley española dio respuesta a la situación de un número de transexuales, estimado entre 3.000 y 8.000 personas, de las cuales solo un tercio quería realizarse cirugía, y se sumó así a las legislaciones sobre el tema de Holanda, Suecia, Alemania, Francia, Italia y Reino Unido. De haber existido una ley semejante en Argentina, el caso de Pablo habría tenido su legítima respuesta legal. En América Latina, la bioética ha de enfrentar esta problemática y sus alcances jurídicos.

[J. C. T.]

Justicia y género

Natalia Gherardi (Argentina) - *Equipo Latinoamericano de Justicia y Género*

Reconocimiento formal de derechos humanos. En América Latina, las últimas décadas fueron clave en la conquista de derechos humanos en relación al reconocimiento de la igualdad de género en términos constitucionales, ratificación de tratados internacionales de derechos humanos en general y de protección de los derechos de las mujeres en particular, la adecuación de los marcos jurídicos nacionales a los tratados y las conferencias internacionales, la implementación de medidas de acción positiva y la creación de diversos mecanismos jurisdiccionales en cada uno de los países para impulsar políticas equitativas. Sin embargo, a pesar del importante avance logrado para generar un conjunto de derechos para promover la igualdad de género (en algunos casos en su acepción más restringida limitada a las mujeres, y en otros incluyendo también sexualidad), en gran medida ese reconocimiento formal de derechos no ha logrado su vigencia ni el respeto de los poderes públicos o de los particulares. En ese contexto, teniendo en cuenta los índices de pobreza de la región (entre otros factores determinantes), cobra particular relevancia la dificultad adicional que representa para una parte importante de la población de América Latina la posibilidad real del acceso a la justicia, entendido como derecho a reclamar por medio de los mecanismos institucionales existentes la protección de un derecho legalmente reconocido mediante el acceso a las instituciones administrativas y judiciales competentes para resolver las cuestiones que se presentan en la vida cotidiana de las personas. No resulta sorprendente que las mujeres que universalmente se encuentran en inferioridad de condiciones en términos de legitimación y poder, se encuentren en una situación de mayor desprotección también en el momento de hacer valer sus derechos.

Derecho y justicia. El derecho, tanto en su teoría como en su práctica, puede entenderse como un proceso de producción de identidades fijas que construye el concepto de género y opera a partir de esa construcción. Los jueces son algo más que agentes instrumentales que aplican las normas de manera 'objetiva, apolítica y neutral' a un caso concreto (Cabal, Lemaitre y Roa, 2001). En el ámbito judicial, la existencia de estereotipos femeninos y masculinos, la falta de una perspectiva de género en los jueces, funcionarios y operadores del derecho en general, y la carencia de políticas de igualdad limitan las posibilidades para tornar real el respecto a las normas nacionales e internacionales e impiden que varones y mujeres sean concebidos como sujetos titulares iguales en derechos. El discurso judicial profundiza la discriminación al perpetuar sesgos patriarcales en el análisis y la resolución de casos que tienen particular relevancia para el respeto y la vigencia de los derechos de las mujeres y el respeto por las sexualidades. La distinción tradicionalmente defendida por el liberalismo entre la esfera de lo público (o lo político) y la esfera de lo privado (o personal), que normalmente conlleva el establecimiento de ciertos límites a la acción estatal, ha sido objeto de importantes críticas de teóricas feministas, ya que una posible y muy difundida interpretación de la idea de privacidad podría permitir abusos sobre la mujer (y otros miembros de la familia en situación de menor poder relativo), tolerados por el Estado. Exceptuar la intimidad del hogar (como ejemplo de ámbito 'privado') de la intervención del Estado implica asumir que las relaciones familiares son intrínsecamente 'justas', cuando en realidad pueden esconder importantes desigualdades en términos de poder y acceso a los recursos (Okin, 1989).

Justicia y género en la bioética de hoy. En la medida en que los principios clásicos de la bioética se discuten a menudo en los tribunales que interpretan y aplican en última instancia las normas legales, es imperativo transversalizar la pregunta por la justicia de género para reflexionar sobre el alcance de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en un contexto de desigualdad de género. En el análisis de cualquier caso que comprometa aspectos bioéticos, es necesario introducir la pregunta sobre el género a través de la evaluación específica de las experiencias, contextos, relaciones y circunstancias de las personas involucradas. La indiferencia frente a las experiencias y los derechos de las mujeres en casos de fetos anencefálicos, el requerimiento de consentimiento conyugal para casos de esterilización voluntaria, la concepción unívoca de la mujer como mujer-madre, por nombrar solo algunos ejemplos, limitan la vigencia de los derechos formalmente protegidos. En el entendimiento de que estas cuestiones no son neutrales a la situación y condición de género, introducir la pregunta de género implica cuestionar el sistema de relaciones de poder entre los varones y mujeres directa e indirectamente involucrados y en la sociedad.

Referencias

Luisa Cabal, Julieta Lemaitre y Mónica Roa (editoras). *Cuerpo y Derecho. Legislación y jurisprudencia en América Latina,* Bogotá, Editorial Temis, 2001. - Susan Moller Okin. *Justice, Gender and the Family*, New York, Basic Books, 1989.

Derechos humanos de las mujeres y derecho penal

María del Rosario Velásquez Juárez (Guatemala) - *Universidad de San Carlos de Guatemala*

Dignidad y libertad como derechos de las mujeres. "*Respetar la Dignidad en nuestra propia persona y en los demás significa que debemos tratar a los humanos siempre como fines y nunca como medios*" (Profamilia).Todas las personas gozan y exigen sus derechos humanos dentro de la sociedad; fuera de esta no se tiene derechos, ya que lo que se regula es la vida en sociedad, no la natural. Por ello uno de los derechos fundamentales es la libertad y la dignidad de mujeres. Este derecho se encuentra relacionado con la vida y el cuerpo de las mujeres de una manera especial y tiene un fuerte impacto cuando este se vulnera. Sus fuertes connotaciones morales en un sistema patriarcal, sexista, excluyente, hacen que no sea valorado sino, muchas veces, aniquilado. La falta de respeto a la dignidad de las mujeres implica una trasgresión no solo desde la permisibilidad social, sino además por medio de una normativa penal donde se regula el cuerpo de las mujeres para tener control, dominio y castigo sobre este cuando no se ajusta a los marcos preestablecidos. Este derecho se vulnera más cuando las mujeres desconocen los derechos humanos en general, y en particular sus derechos humanos como mujeres, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos, convirtiéndose en un ente vulnerable para la población femenina para hacer exigibles sus derechos humanos. La dignidad, como derecho humano inherente de las mujeres, tiene una íntima relación con los derechos sexuales y reproductivos, los cuales forman parte de los derechos humanos reconocidos. Su objetivo es garantizar o asegurar a las mujeres su desarrollo pleno, libre, seguro, informado de la vida sexual y reproductiva, los cuales se fundamentan en la dignidad de la persona humana y en la libertad que tienen para decidir sobre su vida, su cuerpo y la reproducción. Esto obliga a los Estados a respetar y hacer cumplir estos derechos, asumiendo la responsabilidad de promoverlos y protegerlos en la población. Pero si bien los derechos humanos son derechos inalienables de toda persona, y por tanto también para las mujeres, al querer ejercerlos estas se han enfrentado a una lucha continua para hacer valer que estos derechos sean *reconocidos* como verdaderos derechos en sus diferentes ámbitos, como en el caso de los derechos sexuales y reproductivos.

Bioética y derechos humanos de las mujeres. Es importante demostrar por medio de la bioética los problemas éticos que afrontan las mujeres desde el derecho penal. La bioética es una ética que se ocupa de manera general y aplicada de cuestiones relevantes para la persona y para la humanidad. Si bien la ética se ocupa de lo que es bueno o correcto de lo que es malo o incorrecto en el actuar humano, la bioética enfoca su reflexión ética sobre el fenómeno de la vida y su especificidad. El pensamiento ético del último tercio del siglo XX se caracterizó por el interés en la solución de los problemas de orden individual o colectivo que ocupan a las personas y a la humanidad en su quehacer diario. La bioética nació y se desarrolló a partir de los grandes avances de la biología molecular y de la biotecnología aplicada a la medicina en las últimas décadas, de los abusos de la experimentación biomédica en las personas, de los problemas filosóficos relacionados con la vida humana, su calidad de vida, y el inicio y el final de la vida. La intervención del Estado en aspectos que involucran la protección de la vida o de los derechos de las personas sobre su reproducción, salud y muerte ha llevado a la bioética a buscar respuestas para graves problemas como la clonación, la reproducción asistida, el aborto, la eutanasia y la pena de muerte, entre otros. Sin embargo, la bioética moderna es secular, pluralista y multidisciplinaria y trata de determinar los valores que deben sustentar la prestación de atención médica en particular y de la atención de la salud en general aceptando que existen muchas visiones morales que han de ser consideradas. Sus análisis no solo se basan en la autoridad religiosa o los argumentos filosóficos, sino en el conocimiento científico y las interacciones entre las diferentes disciplinas. La bioética hoy en día ha sido reconocida para abordar dos interrogantes fundamentales: en primer lugar, qué deben hacer, permitir, tolerar o prohibir los individuos y las comunidades humanas en el campo de la biología, sobre todo en lo que afecta a los seres humanos de hoy y del futuro; en segundo lugar, cómo se deben tomar las decisiones para determinar qué conductas son obligatorias, permisibles, tolerables o prohibidas. La bioética estudia los temas básicos del manejo humano, institucional y social del nacimiento, la enfermedad y la muerte de los seres humanos, pero ha despertado la atención pública a través de los desarrollos tecnológicos que incluyen las técnicas de la concepción o reproducción asistida para superar la infertilidad, los medios efectivos para limitar o remediar la concepción no planeada o no deseada, los instrumentos mecánicos para asistir o remplazar las funciones orgánicas, el trasplante de tejidos y órganos para prolongar o mejorar la vida, y los recursos médicos que pueden poner fin a la vida (Cook, 2003). Todo esto ha llevado a un desarrollo de las percepciones sociales y de lo que debemos de entender como derechos humanos. En particular porque "*el movimiento de mujeres ha*

puesto de manifiesto que los derechos humanos no son 'neutros' desde la perspectiva de género". Así se ha demostrado que en el desarrollo y la evolución de las relaciones sociales cotidianas, la igualdad y la justicia han sido excluidas especialmente para las mujeres, y que esto se ha traducido en condiciones de desigualdad, opresión e injusticia (Fundación Arias, 2000). La bioética debe ahondar en los aspectos específicos sobre la vida de las mujeres y plantear aspectos vitales que las dañan como la violencia y la restricción de sus derechos reproductivos en la anticoncepción de emergencia, la reproducción asistida y el aborto. Estas cuestiones requieren la participación activa del Estado para evitar injusticias en contra de las mujeres. Por eso es importante y vital el fomento de los derechos humanos específicos para que las mujeres no sigan siendo un medio para el derecho y para la moral sino que sean sujetas y fines de derechos. Estos derechos deben basarse principalmente en el derecho a la información y el acceso a los medios posibles que les permitan decidir lo más conveniente para sus vidas, sus cuerpos y su salud.

Derecho penal y derechos de las mujeres. Podemos ver que el derecho penal, los derechos humanos de las mujeres y la bioética se encuentran en constante interacción, y el derecho penal guatemalteco no es la excepción en los sistemas penales de América Latina. Se ha caracterizado por ser un derecho excluyente, de control, que si bien se encuentra en proceso de transformación en relación con los derechos humanos de las mujeres, tiene como constante la resistencia al cambio. Por eso se trata de contar con cambios legales significativos en cuestiones que lesionan los derechos de las mujeres, que si en algunos casos son considerados ilícitos penales es porque no se han planteado desde la visión de los derechos humanos de las mujeres. Así sucede con la inseminación artificial y otros temas que se mantienen sin ningún cambio para no modificar el sistema de control que perpetúa la impunidad, como sigue siendo la penalización del aborto en caso de violación, entre otros temas. El Código guatemalteco, que data de 1973 sigue sosteniendo normas relacionadas con los derechos de las mujeres, su dignidad y su libertad que provienen del derecho romano y español, manteniendo un cuerpo penal discriminatorio y promotor de desigualdades e injusticias que debilita el Estado de Derecho. Y esto porque contempla una serie de disposiciones restrictivas para que las mujeres sean sujetas de protección, conteniendo un lenguaje restrictivo y prohibitivo, en que no se han establecido excepciones, como el aborto social o el aborto por violación, situaciones que están ligadas a la vida de las mujeres. Estas se encuentran en situación de constante peligro y, al no protegerlas, se violan sus derechos humanos fundamentales, como su dignidad, su libertad, su vida y su autonomía, a costa de una moralidad y una religiosidad que es dominante en nuestros países. Pero el derecho a la vida lleva aparejado el *derecho al respeto de la condición humana,* que ofrece a las personas la posibilidad de tener una decisión de construirse a sí mismas, el derecho a una vida digna y no a un simple derecho a la vida. Los derechos a la libertad sexual, a la dignidad y a los derechos sexuales y reproductivos como tales se vulneran por diferentes acciones u omisiones, exponiendo la dignidad de las mujeres a más vulnerabilidad entendida como: 1. Las mujeres no conocen qué magnitud tienen los derechos sexuales y reproductivos. 2. Aun percibiendo los derechos sexuales y reproductivos como un derecho propio, no tienen acceso a información, atención, curación, ni a decidir sobre él, ejerciendo tan solo un derecho tradicional reproductivo. Todo ello revela que la asignación de derechos debe acompañarse de procesos transformadores de cultura para que las mujeres puedan acceder en modo oportuno a servicios de atención médica, puedan tener acceso a la justicia y a estos servicios con pleno conocimiento, lo cual lleva a reafirmar que al incluir sus derechos sexuales y reproductivos, la ciudadanía de las mujeres se amplía. Transcurrieron aproximadamente treinta años para que el trabajo permanente y convincente por los derechos humanos de las mujeres a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, lograra que en 1979 se reconociera expresa, universal, y de modo vinculante a los derechos humanos de las mujeres, recogidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw). El derecho internacional de las mujeres respondió así a las diferentes formas sistemáticas en que los Estados violan sus derechos humanos. Así, el derecho internacional vino a atender la falta de legislaciones internas en los países, incluyendo el derecho penal y otras leyes específicas que protejan a las mujeres, permitiendo a los Estados en este marco internacional el accionar y modificar normas que niegan o limitan a las mujeres a disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos. Es importante establecer que existen derechos fundamentales que para las mujeres están reconocidos y protegidos como derechos fundamentales: el derecho a un trato digno, el derecho a la vida, a la libertad sexual, a la igualdad, a la no discriminación, a la integridad, y a la salud. Estos derechos fundamentales son la base de los derechos sexuales y reproductivos, convirtiéndose en derechos afectados cuando se violan los derechos sexuales y reproductivos. Estos se violan de diversas formas, y sin embargo existen todavía leyes que restringen, controlan y reducen los derechos sexuales y

reproductivos de las mujeres, sobre todo en lo que se establece en el Código Civil y el Código Penal con normas que limitan las posibilidades de planificación familiar porque se sancionan y penalizan métodos para que las mujeres no opten por ellos forzando a la clandestinidad e ilegalidad, como en el aborto.

Derechos a la vida y al respeto de la condición humana. Invocar el derecho a la vida lleva aparejado invocar el derecho al respeto de la condición humana que ofrece la posibilidad de tomar decisiones para construirse a sí mismo y tener una vida digna y no a tener un simple derecho a la vida. Cuando el Derecho Penal legisla al margen de los derechos humanos de las mujeres y de los supuestos ampliamente aceptados de la bioética, incurre en diversas violaciones a estos derechos fundamentales, a saber: 1. *Derecho a la vida*. Este derecho es la condición primaria para el efectivo ejercicio de todos los demás derechos, el cual ha venido siendo atendido de manera restringida para garantizar el derecho a la vida de las mujeres por lo que el Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Convención de los Derechos de la Mujer (Cedaw), junto al Comité que vigila el cumplimiento del Pacto de Derechos económicos, sociales y culturales (CDESC), han afirmado que el derecho a la vida no puede entenderse de manera restrictiva. La protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas, considerando que "*han determinado la responsabilidad estatal por violación del derecho a la vida de las mujeres y a estar libres de tratos inhumanos y degradantes con respecto a las altas tasas de mortalidad materna, han recomendado que se revisen las normas que penalizan el aborto y han establecido que los Estados deben tomar las medidas necesarias para evitar que las mujeres pierdan su vida como resultado de la legislación restrictiva en esa materia*". Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha manifestado que el derecho a la vida impone obligaciones positivas a los gobiernos para prevenir y evitar situaciones que pongan en riesgo la vida de las personas como ocurre en el contexto de los derechos reproductivos a las mujeres que mueren por causas relacionados con el embarazo, complicaciones de un aborto clandestino y víctimas de violencia doméstica. 2. *Derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva*. Estos derechos están garantizados no solo en varios tratados internacionales sino constitucionalmente y en leyes ordinarias en que se ha adoptado la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. La Ley de Desarrollo Social establece que para fortalecer los servicios de salud reproductiva se deben llevar a cabo programas y servicios de planificación familiar, basados en información veraz, objetiva y ética, fácil de entender, accesible para todas las personas y parejas, en los establecimientos de salud pública donde se debe elaborar, informar verazmente y difundir las normas y guías sobre la distribución y el uso de anticonceptivos, naturales o artificiales, ofrecidos en los servicios de salud. 3. *Derecho a la integridad física y a estar libre de violencia*. Se reconoce, tanto en la legislación internacional como en la ordinaria, que la violencia contra las mujeres constituye una violación de sus derechos humanos y de sus libertades, siendo la violencia en sus diversas formas contra las mujeres una violación del derecho a la dignidad y la integridad, entre otros, así como de sus derechos sexuales y reproductivos. Las distintas formas de violencia afectan la dignidad y seguridad de las mujeres, su salud, su libertad sexual y reproductiva, su integridad, por lo que el Estado debe adoptar medidas necesarias para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres. También debe tomar medidas para el tratamiento de las víctimas de violencia sexual, ya que distintas violencias, subordinaciones y otras inequidades aún marcan a fuego la sexualidad de millones de niñas, adolescentes y mujeres de todas las regiones del mundo. 4. *Derecho a la igualdad.* El derecho a la igualdad es el motor de cambios legales a favor de los derechos humanos de las mujeres. Este derecho está garantizado en el ordenamiento internacional, y se penaliza cuando se discrimina por razón de sexo, edad, estado civil o condición económica, entre otras. Así este derecho fundamental extiende su protección contra la discriminación cuando se establecen normas, barreras o medidas que prohíben, limitan o impiden el disfrute de las mujeres a sus derechos, entre estos el derecho a la salud respecto al acceso a servicios, a educación y a información sobre salud sexual y reproductiva. 5. *Derecho a la intimidad*. Cuando un particular o el Estado interfiere en el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva, está violando su derecho a la intimidad, ya que las decisiones que cada persona toma sobre su cuerpo son parte de su derecho a la intimidad. 6. *Derecho a la educación*. Este derecho es indispensable para el disfrute de otros derechos humanos y, de manera particular, desempeña un papel esencial en el empoderamiento de la mujer en la sociedad. El derecho a la educación y su relación con otros derechos es esencial, ya que contribuye a que la mujer tome conciencia de sus derechos y le permite acceder en condiciones de mayor competitividad al mercado laboral.

Referencias

María Isabel Plata et ál. *La anticoncepción de emergencia en Colombia*, Bogotá, Profamilia Colombia, marzo

2001. - Rebecca J. Cook et ál. *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho,* Bogotá, Profamilia Colombia, 2003. - Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano. Proyecto Sembrando Cambios en Centroamérica, Mujeres, propiedad de la tierra e incidencia organizada, San José, Costa Rica, *Caña Brava,* edición Nº 7, marzo-mayo 2000.

Sexo y sexualidad

Miguel Suazo (República Dominicana) - *Instituto Tecnológico de Santo Domingo*

Sexo y sexualidad. Se ha definido el sexo como la expresión genérica que nos determina biológicamente como masculinos o femeninos y la sexualidad como el marco del accionar humano en la sociedad, desde la perspectiva del género al que pertenezcamos. Se habla así de un sexo social que es de asignación. Esto rompe el biologicismo marcado que obliga a patrones culturales de comportamiento obligado en función del ser varón o hembra. El debate en el mundo de la sexología para llegar a acuerdos sobre lo que es sexo y lo que es sexualidad cuenta con un largo recorrido y con propuestas como las que hemos enunciado en la definición, pero más profundo y tortuoso es el debate de la fundamentación bioética de ambos. En el contexto histórico, y desde el punto de vista naturalista, dado que el orden fue entendido como sinónimo de lo natural, de lo organizado o adecuado y lo contrario de antinatural, nace un referente para el estudio de este tema que abordamos y nos señala un camino único para la comprensión de la dinámica entre sexo y sexualidad. El referente es importante porque a su vez nos permite abordar una forma de fundamentar las expresiones de sexualidad de muchas personas, las cuales deberán estar acorde con el sexo del individuo. Diego Gracia nos da pautas de cómo explicaba el mundo griego esta relación: "*Las virtudes identificadas como 'concupiscibles' son las que residen en el abdomen, como tal tienden a la búsqueda del placer y a evitar el dolor, se oponen a las que residen en el cráneo y que se conocen como 'intelectivas'. Las últimas son racionales* (virtudes dianoéticas o intelectuales) y las primeras irracionales (virtudes éticas o morales). *La moraleja de estas interpretaciones es que 'las virtudes éticas solo son moralmente correctas cuando se hallan bajo el imperio de la razón'* " (Gracia, 1998). Aquí aparecen vinculados razón y expresión mediados por la dimensión ética, ya que solo justificará su moralidad en cuanto esté controlado por la razón.

La moralidad del sexo. De algún modo hemos vivido en esa lógica de la sexualidad donde la razón debe primar sobre el placer y la genitalidad, creando códigos de moral sexual como propuesta. La realidad es que estos postulados no necesariamente son acatados ni cumplidos por todos, pero sí planteados en una moral sexual social que predispone a la existencia de una doble moral. Este dilema propio de la modernidad pregunta sobre qué sería en términos éticos lo correcto en la interacción de ese binomio. Sería lógico pensar que el marco valorativo de la sexualidad se ubique en el marco de la razón, solo que la razón y el marco valorativo han sido definidos y resguardados por el patrimonio de los adultos y aparenta no tener una coincidencia con las necesidades y valoraciones de los y las jóvenes y adolescentes. El problema mayor es que socialmente la moralidad del sexo ha quedado cautiva en la legalidad o en la sacralidad del matrimonio, negando la posibilidad de que la sexualidad tenga expresión en las relaciones sexuales en quienes no estén vinculados por estos lazos. La propia cultura griega, al plantear la visión naturalista y entender que las cosas tienen su propio telos, entendió que el fin o telos de la genitalidad era la reproducción y, por tanto, solo sería moral la relación sexual tendente a ella. Luego la sociedad dirá "pero dentro del matrimonio", reduciendo sus espacios de manifestación. El planteo educativo en la sociedad está en la subyacencia de estos postulados. Actualmente el problema es ¿desde qué base educativa construye el sexo esta sexualidad?

Ética de la sexualidad, amor y responsabilidad. El tema de la relación sexo-sexualidad expuso ya ante nuestros ojos un salto cualitativo al diferenciarse placer de reproducción, poniendo a este último tema en el debate, desvinculando la vida sexual de la obligatoriedad de la vida reproductiva. Este nuevo paradigma se crea con los aportes sobre el conocimiento científico del ciclo reproductivo de la mujer hecho por Ogino y Knauss en los años de 1920. En definitiva la sexualidad, como manifestación del ser humano, es un deber imperfecto en cuanto es de gestión privada y su ejercicio no puede ser exigido por medio de la ley o de la coacción, pero tampoco puede ser desarrollada sin márgenes morales que la legitimen. La llamada revolución sexual trajo a colación nuevas esferas del debate haciendo el tránsito obligado de la visión naturalista a la autonomista y cifrar esta última en la ética de la responsabilidad. No basta con pensar en la razón dura como única forma de justificar la expresión de la sexualidad si no la hacemos mediar por elementos vinculantes como los axiológicos, cuyo principal representante es el amor en este caso. Cualquiera otra manifestación de comportamiento sexual es posible solo desde la biología, porque produce placer, satisfacción, pero carece de moralidad (no es que sea inmoral) si no entran el amor y la responsabilidad como vínculos que expresen en hombre y mujer su sexualidad. "*El hombre y la mujer constituyen las dos*

únicas maneras de vivir en el cuerpo, cada uno con su estilo peculiar y con unas características básicas diferentes" (López, 1992). La definición gramatical de los términos sexo y sexualidad es desbordado por el verdadero debate que debe darse para poder construir una ética de la sexualidad que no imponga de manera descarnada los límites de su realización, ni los encierre en el estrecho marco del comportamiento sexual.

Referencias

Diego Gracia. *Ética de los confines de la vida*, Bogotá, Editorial El Búho, 1998. - Eduardo López. *Ética de la sexualidad y del matrimonio*, Madrid, Ediciones Paulinas, 1992.

Sexismo

Eva Giberti (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Definición y concepto. Se denomina sexismo al conjunto de actitudes y comportamientos que instala discriminación entre las personas basándose en su sexo. Se organiza en forma de prejuicio y creencia, y se pone de manifiesto mediante el lenguaje, símbolos y costumbres históricamente arraigadas. Comenzó a estudiarse en relación con la discriminación sexual contra el género mujer, que conlleva una serie de impedimentos para el ejercicio de la igualdad de oportunidades para los géneros. Está asociado a la prioridad que otorga al género masculino en la producción de costumbres y en la construcción de los discursos y de los textos. No obstante, corresponde considerar los efectos del sexismo en la producción de discriminaciones que alcanzan a los hombres. La homofobia, que puede recaer contra cualquier género, se enraiza en las discriminaciones que el sexismo propicia. El sexismo se despliega según múltiples y diversas modalidades; avanza en la educación, en la vida de familia, en las ciencias, en los partidos políticos, en el trabajo, así como en las diferentes actividades de la cotidianidad. Se incluye en los juguetes con que niños y niñas se entretienen: muñecas, cocinitas, escobas para ellas; y para ellos camiones, aviones y computadoras, marcando la discriminación temprana que se inicia con el ajuar celeste para el varón y rosado para la niña. Los libros escolares (Wainerman, 1985) destinados al aprendizaje de la lectura ocuparon ese espacio y aún hoy contribuyen a nutrir perspectivas sexistas cuando posicionan a las mujeres prioritariamente como esposas, madres y amas de casa, mientras se describe al padre de familia como garante de la autoridad y de la manutención de la familia.

Teoría feminista e idea de androcentrismo. En la historia de los géneros, las niñas fueron invisibilizadas (Giberti, 2003) y definidas como "el femenino del niño", ausente el registro de su propia identidad; de este modo el sexismo se instala como regulador identitario de la discriminación en una etapa inicial de la vida. El posicionamiento en una supuesta jerarquía "superior", por formar parte del universo masculino, impone el sexismo en las actividades laborales mediante remuneraciones inferiores, tratándose de la igualdad de trabajos que llevan a cabo hombres y mujeres; en la ausencia de reconocimiento de sus producciones intelectuales artísticas y científicas; en el trato que los medios de comunicación dispensan al género mujer (desde la idealización de la maternidad hasta la denominada mujer/objeto para el placer de los varones). El sexismo, instalado en las prácticas familiares, constituye una variable significativa de las violencias que padece el género mujer, entre ellas el aprendizaje de la sumisión al varón por haber incorporado en sus convicciones, mediante los discursos sexistas, una supuesta inferioridad biológica, intelectual y social. De este modo se promueve el estereotipo que posiciona a las mujeres en calidad de quienes deben obedecer las decisiones del varón en cualquiera de los ámbitos de la convivencia y de las prácticas sociales. La teoría feminista, al introducir la idea de androcentrismo asociada al sexismo, aportó una caracterización útil para las ciencias médicas y sociales; matiza la conceptualización de sexismo, categoría que no necesariamente se limita a la discriminación del género mujer; y refina la relación entre sexismo y dicho género. Señala la prioridad del *andros* (hombre) al colocar al varón en el centro de las organizaciones familiares y sociales, al mismo tiempo que se construye a su alrededor un sistema de jerarquías que debe someterse a sus designios. Moreno Sardá (2002) refiere que se trata del modelo de "*ser hombre en un sentido fuerte, en un sentido de prepotencia viril (…); es nada más que una construcción imaginaria para justificar a quién se sitúa en el centro para legitimarse como ser superior y con derecho a mandar y a dominar. Por tanto, androcentrismo implica a un modo particular de masculinidad*". Remite al ocultamiento de la realidad –necesidades y deseos– de las mujeres con excepción de aquellos vinculados con los roles tradicionales del género.

Sexismo en el idioma. En el idioma español, la insistencia en utilizar el genérico masculino "el hombre" para referirse a la humanidad o a la especie humana constituye un modelo de sexismo cuya eficacia se traduce en el ámbito de las representaciones mentales y de los imaginarios sociales: de este modo el hombre se asume como referente de todos los seres humanos.

Mladinic y colaboradores (1998) sugieren la existencia de un sexismo benévolo como una actitud aparentemente protectora, que respondería a un paternalismo protector de las mujeres, así como sostiene que el varón está incompleto sin ella, fomentando de este modo los estereotipos esencialistas. La perspectiva de los estudios de género propicia la revisión del sexismo en el lenguaje y en las diversas prácticas cotidianas intentando discernir su relación con las discriminaciones y las exclusiones que pueden asociarse entre sí. El sexismo como impregnación cultural asociada a políticas de índole patriarcal mantiene su eficacia a pesar de ser reconocido como violador de los derechos humanos y no obstante propiciar un estilo de vida opuesto a la equiparación de derechos entre los géneros. Constituye un prejuicio destinado a discriminar y a distribuir hegemónicamente las diversas pautas del poder a favor de los varones. Al focalizar la discriminación en las características sexuales de los sujetos se diferencia de la discriminación por razones políticas, étnicas o religiosas y abarca, como sus víctimas, tanto a las mujeres como a los transgéneros.

Referencias

E. Giberti. La niña, para una ontología de la discriminación inicial, en E. Faur y C. Lipsyk (compiladoras), *Discriminación de Género y Educación en la Argentina Contemporánea*, Buenos Aires, INADI, Unicef, 2003. - A. Mladinic, J. L. Saiz, M. Díaz, A. Ortega y P. Oyarce. (1998). Sexismo ambivalente en estudiantes universitarios chilenos: Teoría, medición y diferencias del género, *Revista de Psicología Social y Personalidad, 14,* 1998. - A. Moreno. Bases para una educación igualitaria: la crítica al modelo androcéntrico, *Revista Salud Pública y Educación para la Salud*, Vol. 2, Nº 2, Supl. 2, 2002. - C. Wainerman y R. Barck de Rijman. *La división sexual del trabajo en los libros de lectura de la escuela primaria argentina, un caso de inmutabilidad secular,* Buenos Aires, Serie Cuadernos del CENEP, Nº 28, 1984.

Homofobia

Eva Giberti (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Definición y concepto. La homofobia es una actitud deliberada que evidencia odio y rechazo hacia otra persona, un posicionamiento social destinado a discriminar a quienes son homosexuales (gays y lesbianas). El nombre fue creado por Weinberg en 1973 combinando las palabras griegas *fobia* (miedo), con el prefijo *homo* (igual, mismo). La describió como miedo al contacto cercano con un homosexual, como un miedo irracional de la homosexualidad de otra persona y el temor de tener deseos homosexuales en uno mismo. Su significado etimológico, "miedo a lo que es igual", suscitó críticas ya que la connotación que le aportó el uso moderno ha conducido a que, paradójicamente, venga a significar lo contrario. Diversos autores coinciden en lo inadecuado del término ya que este se asocia a la posible psicopatología individual de quien lo utiliza (homosexualidad reprimida o latente del propio sujeto, con neurosis o temores sexuales entre otras), cuando en realidad se trata de una actitud consciente y voluntaria destinada a la discriminación.

Cultura y homofobia. La cultura judeocristiana estableció que las relaciones sexuales entre los seres humanos debían tener la reproducción como finalidad. Las prácticas homosexuales, ajenas a la reproducción, suscitan rechazo y temor en quienes formando parte de dicha cultura mantienen sin revisar los contenidos represores y reduccionistas de la misma en lo que a sexualidad se refiere (Foucault, 1977, 1986 y 1987). Uno de los efectos de dicha cultura se expresa mediante la homofobia, que se pone de manifiesto en los discursos y en las diversas prácticas sociales mediante burlas y chistes (en particular en los medios de comunicación), en la valoración extrema de la heterosexualidad a la que se adjudica valor de normalidad con exclusión de cualquier otra forma de ejercicio de la sexualidad, y mediante distintas formas de discriminación. Cabe destacar que la homofobia fue promocionada por los médicos que contribuyeron a criminalizar y judicializar a los homosexuales, gays y lesbianas (Giberti, 2002). Diferentes culturas naturalizan la heterosexualidad como práctica "normal" y obligatoria, condicionando las actitudes y respuestas de los ciudadanos de modo tal que se gestionan ataques y exclusiones de quienes no responden a la canónica establecida como la correcta. La intolerancia ante esa diferencia y la necesidad de agredir y aniquilar a quienes se consideran al margen de las que erróneamente se evalúan como leyes naturales propicia, mediante la homofobia, la persecución, exclusión y esta forma de discriminación que puede reconocerse en distintos niveles sociales de la cotidianidad. El ejercicio de la homofobia ha generado, durante siglos y en diversos países, la persecución y muerte de aquellas personas caracterizadas como homosexuales. En la actualidad, el reconocimiento del derecho a la diferencia respecto de aquello que estadística y erróneamente se considera "normal" se asentó en las legislaciones internacionales, sostenidas por los principios que la bioética proclama. Entre las ideas que se construyen para justificar estos ataques y que se desarrollan en los imaginarios sociales, se encuentran aquellas que afirman que los homosexuales son corruptores de menores, que han introducido el sida, que poseen un carácter reactivo (fácilmente irritables, extremadamente celosos y promotores de escándalos, entre otras modalidades), que propician distintas

perversiones. Es decir, se les atribuye la suficiente acumulación de trasgresiones y ataques al orden social como para ser deslegitimados y perseguidos por las costumbres y las leyes.

Descripción y lucha contra la homofobia. Blumenfeld (1992) sistematizó cuatro niveles descriptivos: 1. La homofobia personal: es un sistema individual de creencias en virtud del cual las personas se compadecen de los grupos minoritarios debido a que consideran que estos no pueden controlar sus deseos, o en el extremo opuesto, los odian, ya que asumen que están psicológicamente trastornados, genéticamente defectuosos, que no se adaptan a la sociedad, etc. 2. La homofobia interpersonal: aquella en que el prejuicio se convierte en discriminación. Se expresa en insultos, apodos, etc., y en la oposición a que dispongan de sus derechos humanos. 3. La homofobia institucional: es aquella en la que intervienen los organismos gubernamentales, las empresas, el sistema educativo, las instituciones religiosas, etc., que discriminan de manera sistemática a las personas por su orientación sexual. 4. La homofobia cultural: la constituyen los códigos de conducta o normas sociales que "se dan por sentadas" y aportan legitimidad a la discriminación y opresión a la que los homosexuales están sometidos, incluso hasta ignorarlos como parte de la historia de la civilización. Desde la perspectiva de las prácticas homosexuales, corresponde advertir que la homofobia puede conducir a que algunos homosexuales internalicen una imagen negativa de sí mismos, asociada a sentimientos de culpa y de vergüenza. El 17 de mayo se conmemora el día en que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) excluyó la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales y, por extensión, se considera una fecha destinada a luchar contra la homofobia. Esta lucha, que las organizaciones defensoras de los derechos de las personas transgénero promueven, forma parte de los principios que la bioética incluye y sostiene.

Referencias

W. J. Blumenfeld. *Homophobia, How we all pay the price*, Boston, Beacon Press, 1992. - M. Foucault. *Historia de la sexualidad,* México, Siglo XXI Editores; 1977, 1986 y 1987. - E. Giberti. Travestis, *transgender* y bioética, en L. G. Blanco (compilador), *Bioética y derecho*, Buenos Aires, Editorial Universidad, 2002. - G. Weinberg. *Society and the Healthy Homosexual*, New York, Saint Martin Press, 1973.

Violencia sexual y femi(ni)cidio

Patricia Ravelo Blancas y Héctor Domínguez (México) - *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas)*

Violencia sexual. Se produce *violencia sexual* cuando se obliga a las personas a tener relaciones sexuales indeseables. Se trata de un acto consciente o inconsciente ejecutado por una o varias personas de cualquier sexo, por lo general hombres, contra la voluntad de otra para agredirla, amenazarla, humillarla, golpearla, excluirla y forzarla a participar en cualquier acto que se considere sexual, utilizando diversas partes de su cuerpo y de sus órganos sexuales. La violencia sexual no se reduce exclusivamente a lo objetivo y visible, sino también a todo tipo de representaciones –palabras, miradas, gestos, actitudes o exhibición de artefactos– cuya connotación sexual resulte agresiva contra sus receptores, mujeres u hombres. La violencia sexual, como las otras violencias (a saber, la emocional, la física y la económica), también se reproduce con sus particularidades en poblaciones diversas, no solo en las femeninas. Sin embargo, en términos sociales y culturales, el rasgo que sobresale en cualquier época y región es el que las mujeres sean las más afectadas y expuestas, debido al carácter patriarcal que históricamente estructura a la sociedad.

Femicidio. Diana E. H. Russell (1992) usó por primera vez el término femicidio (*femicide* en inglés) en un testimonio ante la Corte Internacional acerca de los asesinatos misóginos en 1976. Diana Russell y Jill Radford, en el libro *Femicide: the Politics of Women Killing*, definen este término como el asesinato misógino cometido por hombres contra mujeres. Como podemos ver, desde su origen, el concepto de femicidio está asociado estrechamente al de misoginia. En efecto, es su manifestación extrema. Para Radford, femicidio es una forma de violencia sexual, se entiende como el uso del sexo de los hombres para expresar su deseo de poder, dominio y control. Russell y Radford dan por sentado que la violencia sexual se ejerce desde los hombres contra las mujeres y que su expresión máxima es el asesinato de la mujer, con el cual se produce una estrategia de mantenimiento del control patriarcal. Subrayar el concepto de misoginia como fundamental para definir el femicidio permite a estas autoras establecer un significado político al hecho de la muerte de las mujeres por parte de los hombres, en oposición a la creencia generalizada de que el asesino de una mujer es una bestia que carece de humanidad (lo que la crítica feminista señala como equivalente a masculinidad en el discurso patriarcal).

Feminicidio, ética y derechos humanos. El concepto de femicidio va a ser resignificado por M. Lagarde con el nombre de feminicidio, el cual para esta autora "*... es una ínfima parte visible de la violencia contra niñas y mujeres, sucede como culminación de una situación caracterizada por la violación reiterada y sistemática de los derechos humanos de las mujeres...*" (Lagarde, 2005). Lagarde coincide con Russell y Radford en señalar que esta opresión de

la mujer es una manifestación sistemática del patriarcado. Al introducir el concepto de feminicidio dentro del ámbito de los derechos humanos, esta autora enfatiza en el aspecto de la exclusión social. Esto significa que el feminicidio pasa a formar parte del discurso jurídico y de las políticas sociales, que implican lo público y lo privado. Esto es, al producirse el feminicidio, se está cometiendo un delito más complejo que el mero asesinato, porque incluye la exclusión social de la mujer en los ámbitos sexual, económico y político. Lagarde concibe la autoría de feminicidio más allá del asesinato. La mayoría de las formas de comunicación social (radio, televisión, cine, prensa, videos, Internet, y toda clase de espectáculos), las instituciones y otros factores estructurales como la economía y la educación, establecen los marcos que propician y reproducen en determinados contextos sociales este hecho delictivo. Esta atención al ámbito contextual lo vamos a encontrar también en lo que Julia Monárrez (2000) ha escrito sobre este problema. El *feminicidio* se define entonces como el acto de matar a una mujer por el solo hecho de ser mujer. Este acto va más allá de la privación de la vida de una persona, pues amenaza, lesiona o destruye los derechos civiles, sexuales, de salud, políticos, económicos y culturales de todas las mujeres. En este sentido el *feminicidio*, más que un asunto criminológico debe entenderse como un asunto ético y político. El *feminicidio* implica no solo una agresión contra el género femenino, sino que yuxtapone diversos rasgos de identidad como clase, raza, etnia y edad. El exterminio de las mujeres se ubica desde estas intersecciones en una dimensión más amplia de exterminio de lo humano, puesto que este acto amenaza el sistema de valores morales, éticos, legales y políticos de una sociedad, por lo que el *feminicidio* debe considerarse como un atentado contra la ciudadanía y, por tanto, contra la vida humana. El *feminicidio*, en suma, no es solamente un acto de violencia sexual, sino de extinción de las garantías de vida, de libertad, de seguridad y de justicia.

Referencias

Jill Radford y Diana E. H. Russell. *Femicide. The Politics of Woman Killing*, New York Twayne Publisexualidad humanaers, 1992. - Marcela Lagarde. *Por la vida y la libertad de las mujeres*, Comisión Especial para Conocer y Dar Seguimiento a las Investigaciones Relacionadas con los Feminicidios en la República Mexicana y a la Procuración de Justicia Vinculada. 1er. Informe Sustantivo de Actividades, México, 14 de abril 2004 al 14 de abril 2005. 1ª edición, 2005. - Julia Monárrez. La cultura del feminicidio en Ciudad Juárez, 1993-1999, en *Frontera Norte*, El Colegio de la Frontera Norte, vol. 12, núm. 23, enero-junio, 2000, pp. 87-118.

Globalización

La noción actual de globalización tiene sus principales antecedentes históricos en el reordenamiento que siguió a la Segunda Guerra Mundial. El Código de Nuremberg (1947) y la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) expresaron el consenso moral de la posguerra que había sido precedido por el consenso político y militar de la Declaración de las Naciones Unidas firmada el 1 de enero de 1942 por 26 estados aliados y de la Conferencia de Dumbarton Oaks de 1944 en la que Estados Unidos, el Reino Unido, la Unión Soviética y China formularon las bases de una organización permanente. Dos cuestiones distanciaban entonces a Estados Unidos y el Reino Unido de la Unión Soviética: el sistema de veto en el Consejo de Seguridad y la representación en la Asamblea General de cada una de las repúblicas soviéticas. Estas cuestiones fueron resueltas entre Roosevelt, Churchill y Stalin en Yalta y permitieron llegar a la Conferencia de San Francisco del 25 de abril de 1945 en la que participaron 46 países que habían adherido a la Declaración de las Naciones Unidas y otros 5 países que fueron admitidos a participar de la misma elevando así a 51 el número de miembros fundacionales, de los cuales 20 pertenecían a América Latina. Ya entonces emergieron controversias hoy reactualizadas, relativas a la jurisdicción nacional o a la protección internacional de los derechos humanos y la promoción del bienestar económico y social, y al poder dominante de las principales potencias o a un poder más igualitario entre los Estados. Este consenso político para la paz y la seguridad en el mundo fue acompañado de un consenso económico establecido en 1944 en la Conferencia Monetaria y Financiera de Bretton Woods en la que 44 Estados, incluida la Unión Soviética, trazaron los proyectos para el Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo y para el Fondo Monetario Internacional (FMI). El papel de John Maynard Keynes y sus teorías del pleno empleo para el desarrollo económico, aún siendo importantes en Bretton Woods, no impidieron que en el FMI se impusieran las teorías ortodoxas del Tesoro de Estados Unidos, cuyo ideario abriría paso cuarenta años después y ante un nuevo mapa político del mundo a la reformulación económica del Consenso de Washington.

La globalización del neoliberalismo. La caída del Muro de Berlín en 1989 y la reunificación de las dos Alemanias en 1990 son dos de los símbolos mayores del nuevo ordenamiento político del mundo después del que siguiera a la Segunda Guerra Mundial. La desaparición de la Unión Soviética y de los estados socialistas supuso una globalización política, militar y económica del liberalismo. La integración política de las antiguas repúblicas soviéticas a la Comunidad Europea y la integración militar al Tratado del Atlántico Norte dibujaron el mapa internacional de los nuevos acuerdos. La temprana reformulación económica que acompañó a estos reordenamientos fue postulada por John Williamson en 1990 en lo que se ha dado en llamar el Consenso de Washington, donde Washington significaba el complejo político-económico-intelectual integrado por organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, y por el Congreso, la Reserva Federal, los altos cargos de la Administración y los grupos de expertos de Estados Unidos. El Consenso implicaba, entre diez instrumentos, los acuerdos en privatizaciones, liberalización comercial y financiera, desregulaciones, garantías de los derechos de propiedad y apertura a inversiones extranjeras directas. Durante la década de los noventa, este modelo se aplicaría sobre todo y con distintos matices en la región de América Latina. Su principal y definitivo problema era que en él quedaba prácticamente excluido el tema de la equidad, siendo América Latina el continente más desigual del planeta donde el ingreso per cápita del 20% más rico resultaba ser 18,7 veces mayor que el ingreso per cápita del 20% más pobre cuando la media mundial era de 7,1. Williamson explicaba la exclusión directa de los problemas de equidad diciendo que su pretensión era elaborar una lista positiva más que una lista normativa y que deliberadamente había excluido de la lista cuanto fuera básicamente redistributivo porque pensaba que el Washington de los años ochenta era una ciudad muy desdeñosa con las preocupaciones sobre la igualdad. Sin embargo, los argumentos de Williamson mostraban una ambigüedad en el uso del término 'Washington', ya que varias de las instituciones mencionadas en el Consenso no se mostraban enteramente de acuerdo con algunos de los diez puntos centrales señalados como comunes. Esto mostró que Williamson había pretendido formular un paradigma de política económica a partir del 'posible acuerdo' entre los poderes fácticos que podían dictarlo. Este modo pragmático de argumentación lo aplicarían algunos filósofos y bioeticistas al análisis de la realidad de la vida y la salud. El primero y más importante fue Richard Rorty al sostener que una filosofía típicamente norteamericana, como el pragmatismo, quería librarse de la noción incondicional de derechos humanos del tipo de la defendida por la Declaración de Helsinki y sustituir la pretensión de conocimiento moral por la búsqueda de acuerdos o consensos.

La bioética ante la globalización. La reformulación política, militar y económica del mundo, con la globalización de los intercambios económicos y culturales, supuso un nuevo consenso fáctico. Pero en la medida en que esa nueva realidad implicaba de hecho una minimización del papel de los Estados nacionales en las cuestiones sociales y una subordinación de la soberanía de las regulaciones políticas a la lógica de dominio de un conjunto de organismos nacionales de los países más poderosos –unidos o dominando deliberadamente organismos supranacionales para ese dominio–, esa nueva realidad fáctica comenzó a producir nuevos discursos para interpretar el mundo (v. *Globalización y progreso humano*). La bioética había nacido como un poderoso campo interpretativo del desarrollo científico-tecnológico estrechamente vinculado al orden moral de los derechos humanos. El nuevo consenso presuponía, sin embargo, que la salud no era un derecho humano básico sino una variable dependiente del margen de sustentabilidad económica y que esta a su vez debía fundarse en la liberalización de la economía. Los estragos de esta concepción llevaron a la pobreza a más del 50% de la población de América Latina (v. *Globalización y mercado de la alimentación*). ¿Qué pasó con el discurso de la bioética ante el nuevo mundo de esta globalización? En el caso de algunos especialistas, sobre todo del área angloamericana, seguidos por algunos especialistas de otras áreas del mundo, se produjeron fuertes movimientos para ocupar la conducción de foros internacionales de discusión o para generar esos foros con la pretensión de trazar las líneas normativas de un discurso bioético global: el asedio a la Declaración de Helsinki, los Informes de la Comisión Nacional de Bioética de los Estados Unidos y del Consejo Nuffield del Reino Unido, el Proyecto Educativo Global del Centro Fogarty, la posición de la FDA, la revisión de las Pautas CIOMS-OMS, y los intentos de la Organización Mundial de Comercio de convertir la salud en un servicio fueron algunos ejemplos de esa tendencia. Pero más allá de estos aspectos estratégicos, la pregunta que cabía era ¿qué concepción de la bioética animaba estos movimientos?

La bioética latinoamericana ante el Nuevo Orden Mundial. Entre 1990 y 2000 transcurrió una década en la que puede observarse cómo simultáneamente se produjo la introducción y consolidación de la bioética en América Latina, mientras en la región y en el mundo se desarrollaba la reformulación política, económica y social de una nueva globalización (v. *Globalización y cambio religioso*). La bioética latinoamericana emergió como cultivo de un pensamiento de origen y dominancia angloamericana, moderado por corrientes europeas, que crecía en un territorio con una larga historia de injusticias y violaciones a los derechos fundamentales de las personas. Durante la década de los noventa el proceso de incorporación de la bioética en América Latina tuvo dos características que hicieron que el grado de disputa entre distintos proyectos y concepciones no alcanzara un punto crítico. En primer lugar, la recepción se produjo después de veinte años de desarrollo de la bioética en Estados Unidos y en Europa, en una región que salvo aisladas excepciones no mostraba antecedentes académicos, normativos o institucionales en el campo; y por tanto con una permeable voracidad de toda producción externa en la materia sin que mediaran análisis críticos relevantes. En segundo lugar, la cooperación internacional con América Latina en materia de bioética, en sus diversas fuentes de origen y con sus diversos enfoques, no mostró acabadamente hasta promediados los años noventa un distanciamiento en algunos de esos proyectos y concepciones de la tácita o al menos no problematizada vinculación previa entre ética y derechos humanos, ni de la distinción entre racionalidad moral y racionalidad estratégica que de un modo u otro todos los bioeticistas admitían. Ese contexto de los noventa tuvo mucho de continuidad del orden moral internacional que se había tenido durante cincuenta años como consenso para el desarrollo científico y tecnológico en el campo de las ciencias de la vida y la salud. Consenso que en el orden moral presuponía –más allá de sus reiteradas negaciones fácticas– un equilibrado respeto de soberanía individual y comunitarias y de autodeterminación de las naciones. Ese consenso fue roto a finales de los noventa. Y a partir de entonces, la bioética en América Latina se enfrentó más que nunca a la construcción de una perspectiva regional.

[J. C. T.]

Globalización y progreso humano

María Josefina Regnasco (Argentina) -
Universidad Abierta Interamericana

Origen y dinámica de la globalización. Las redes informáticas, los flujos económicos, las interconexiones entre personas y países configuran el panorama mundial que conocemos como globalización. No es posible entender este fenómeno sino como la última etapa de un proceso económico, social, político y cultural generado por la lógica expansiva del tecnocapitalismo, que hoy asume una dimensión transnacional. Desde sus orígenes, este

dinamismo desbordó los límites políticos y geográficos. El capitalismo de base mercantil se transformó en otro de base industrial y nacional, y actualmente informático y multinacional, en que la ocupación territorial importa menos que la sujeción a un orden mercadotécnico que genera enormes tensiones a escala planetaria. El origen de esta dinámica proviene del objetivo fundamental del capitalismo: la producción de más capital. Es decir, el capital debe generar ganancia. Una producción de objetos de uso dirigida solamente a su función utilitaria no podría considerarse la finalidad primordial del capitalismo. Su impulso está dirigido hacia el valor de cambio, por el cual los productos se convierten en mercancías. Esta categoría invade todos los aspectos de la vida: la salud, el conocimiento, la educación, el arte, la temporalidad. El valor de uso se convierte en vehículo del valor de cambio. Sin embargo, en el caso del capital financiero, el capital se reproduce y crece prescindiendo del valor de uso. De este modo, el dinero, mero símbolo del valor, se cosifica, convirtiéndose en el objeto mismo del intercambio. El capital financiero, que circula velozmente por los sistemas informáticos mediante una serie de complejas transacciones, representa actualmente el 90% del capital circulante. En los mercados de divisas se intercambian diariamente cerca de 2,5 billones de dólares, más que el PIB de Francia o de Inglaterra. Estos flujos financieros globales ya no pueden ser controlados por los Estados nacionales, pero no existen aún las instituciones internacionales capaces de regularlos.

La lógica expansiva y el rechazo de regulaciones éticas. Aunque el capitalismo tiende a maximizar las ganancias, el sistema de mercado y la competencia generan la disminución de la tasa de ganancia. Para imponerse a la competencia, la empresa capitalista buscará producir cada vez más mercaderías en menos tiempo y a un precio más bajo. Este proceso impulsa la automatización de la producción y, en su última etapa, la informatización. En la economía global, la productividad es función del saber tecnocientífico. Sin embargo, la ventaja competitiva que otorga a una empresa la introducción de automatización, robótica e informática, se desvanece cuando la innovación se generaliza. Las grandes ganancias se producen al incorporar nueva tecnología, y solo al iniciarse una nueva generación de mercancías, después de lo cual los precios bajan con rapidez. Esta tensión incesante impide al sistema estabilizarse. Por ello, el proceso de capitalización exige constantemente romper el equilibrio. La consecuencia es una guerra por el liderazgo que no puede detenerse, una lógica de la aceleración y de la expansión. Esta dinámica exige la generación de nuevas necesidades en la sociedad, en función del aumento de producción, valorado como un fin en sí mismo. Surge así una nueva industria: la producción de demanda. El ritmo frenético de producción y consumo ha agotado los ecosistemas. La aceleración tecnoeconómica no es compatible con los ritmos naturales de renovación de las reservas y reciclaje de los residuos. Un sistema tecnoeconómico expansivo requiere enormes flujos de energía. Basta considerar que en el último siglo se utilizó la mitad de la energía consumida en los últimos 2.000 años. Desde el siglo XVII el liberalismo confiaba en que el mecanismo de la competencia era suficiente para equilibrar las fuerzas económicas que entran en juego. Se sostenía entonces que el sistema capitalista no necesitaría de ninguna regulación exterior, ni estatal ni ética: bastaba con dejar actuar libremente las fuerzas del mercado. Por consiguiente, la ética fue gradualmente suprimida de la economía. Sin embargo, este libre juego impulsa al capitalismo a transgredir sus propios postulados. En efecto, contrariamente a lo que pregonan sus ideólogos, los monopolios y oligopolios, la protección estatal, los subsidios, la elusión impositiva, no son distorsiones del mercado, sino sus formas clásicas y permanentes.

Concentración económica y externalización de gastos. Dentro de este sistema, la fórmula para lograr competitividad está asociada a grandes economías de escala que permitan enfrentar las incertidumbres del mercado. La fusión entre empresas conduce a la formación de enormes corporaciones transnacionales que a su vez presionan sobre la política en forma de poderosos *lobbies*. La política tiende a degradarse a una función del mercado. La concentración de capital es enorme: 350 empresas transnacionales hegemonizan la práctica económica actual. Este fenómeno desequilibra de tal modo las fuerzas económicas que entran en competencia, que resulta ingenuo hablar de libre mercado. En palabras de George Soros, en vez de conducirse como un péndulo regulador de equilibrio, el mercado actúa como una bola de demolición. El reflejo social de este fenómeno de concentración de poder económico se manifiesta en la llamada “sociedad dual”: centros de opulencia rodeados de suburbios de pobreza y marginación. Por otra parte, los economistas descontextualizan el proceso económico de la sociedad y de la naturaleza. Razonan y toman decisiones como si el proceso económico circulara meramente por los registros contables. Siguen ignorando que el equilibrio final de los presupuestos no se alcanza meramente entre el debe y el haber de la contabilidad, sino entre la empresa, la sociedad y la naturaleza. En efecto, no contabilizan como gastos el deterioro del medio ambiente, la destrucción de la biodiversidad, los costos sanitarios causados por la contaminación,

los gastos producidos por los desechos industriales y del consumo. Estos gastos no se registran en los libros contables. Pero no desaparecen: son externalizados al Estado y la sociedad. Como señala Al Gore, cuando una empresa forestal tala medio millón de hectáreas de bosque, el dinero obtenido por la venta de la madera se contabiliza como ganancia, pero el deterioro ambiental producido no figurará entre las variables contables. Esa misma tergiversación está presente en los cálculos del PNB de los países, de acuerdo con criterios fijados por la comunidad internacional, bajo la supervisión de la ONU, cada veinte años. Al Gore no duda en calificar de *arrogancia intelectual, ceguera* e *irresponsabilidad* la incapacidad de la teoría económica para incorporar en los costos la externalización de gastos. Como afirma Edgar Morin, "*es la relación con lo no económico lo que le falta a la ciencia económica*". En este sentido, es necesario reformular el concepto de productividad considerando no solamente el ahorro de tiempo y capital, sino también los impactos en el medio ambiente y en la salud de la población.

Crisis de la idea de progreso de un modelo inviable y crisis de civilización. Esta enorme expansión, que hoy asume una dimensión global, es identificada con el progreso. Siguiendo a los pensadores del siglo XVII, aún se confía en que el crecimiento tecnoeconómico conducirá a un mayor bienestar social, una más perfecta democracia y a la resolución de todos los problemas. Sin embargo, a pesar de la magnitud de la ciencia y la tecnología, del poder de la industria y del aumento de la producción, los graves problemas que padece la humanidad: pobreza, marginación, violencia, deterioro ambiental, no han podido ser resueltos. A su vez el hombre, que aspiraba a una mayor autonomía y libertad, se siente arrastrado por fuerzas descomunales que no comprende. Siguiendo a Descartes, la humanidad creía firmemente que su destino era "*convertirse en dueños y señores de la naturaleza*". Por el contrario, el hombre actual está a la deriva en un mundo en el que se vuelve cada vez más vulnerable. El deslumbramiento que ha causado este modelo no permite advertir las falacias de su generalización. Basta considerar que, con el 6% de la población mundial, Estados Unidos consume el 33% de la energía del planeta. Los siete países más industrializados poseen la cuarta parte de la población mundial, pero consumen alrededor del 70% de los recursos naturales, y producen el 75% de la contaminación mundial. Lo primero que observamos es la inviabilidad del modelo que se promueve. En efecto, el planeta no podría soportar la presión energética y ecológica de dos países que tuvieran las características de Estados Unidos. Los países ricos pueden mantener ese ritmo desmesurado a condición de que las demás naciones mantengan en un índice muy bajo su nivel energético y de contaminación. El concepto de "desarrollo sustentable", desde el cual se intenta débilmente establecer nuevos parámetros, no ha sido definido ni precisado para enmarcar desde él las políticas tecnoeconómicas. Tampoco bastan los discursos éticos, reducidos a una retórica vacía, si no se toma conciencia de que ya no se trata de conformarse con la introducción de meras regulaciones circunstanciales dentro del espacio tecnoeconómico, sino de cuestionar los principios del sistema y sus presupuestos operacionales. Como observa Edgar Morin, la noción de desarrollo, como se ha impuesto, obedece a la lógica de la máquina artificial y la expande sobre el planeta (Morin, 1993). Un concepto meramente cuantitativo de desarrollo lo reduce a índices de crecimiento industrial y curvas económicas. Para Morin, la noción de desarrollo ha entrado en crisis, lo que revela a su vez una crisis de civilización. Esto significa una crisis de sus conceptos fundamentales. Superar esta crisis, por consiguiente, implica un replanteo de los principios conceptuales que sostienen el modelo actual de globalización. La consideración del progreso humano requiere detenerse a analizar qué significan los términos *progreso* y *humanidad*.

Replanteo de los criterios de progreso humano, nueva antropología y pensamiento complejo. Un criterio meramente cuantitativo conduce a identificar progreso con crecimiento ilimitado. Pero, como hemos visto, este criterio no es viable. El concepto de progreso y desarrollo debe medir no solamente los parámetros tecnoeconómicos, sino también los índices de salud, educación, equidad y justicia. El ideal de progreso ilimitado debe ser remplazado por una conciencia de los límites, tanto de los recursos naturales como de las proyecciones tecnoeconómicas. Se trata de tomar conciencia de los límites de nuestra condición humana. El modelo de progreso heredado se apoya en un antropocentrismo que considera al hombre separado de la naturaleza y destinado a dominarla. La naturaleza, a su vez, ha sido reducida a una mera suma de recursos, y a parámetros cuantificables. Será necesario elaborar una nueva antropología que vuelva a situar al hombre como parte integrante del tejido de la vida. El concepto de racionalidad vigente ha producido éxitos enormes, pero al mismo tiempo ha conducido a una visión fragmentaria y lineal, que separa los saberes de su contexto en un proceso de hiperespecialización cada vez más acentuado. El problema reside en que esta visión unilateral no es inofensiva: tarde o temprano desemboca en acciones ciegas y arrastra consecuencias incontrolables (Morin, 1984). Es urgente superar este modelo por

una razón que abarque la complejidad, capaz de contextualizar los saberes y de advertir la interrelación de todos los sectores del universo (v. *Bioética y complejidad*). A su vez, el pensamiento complejo tendría que ser introducido en todos los niveles del proyecto educativo.

Recuperación del espacio político, reformulación de la ética y replanteo del concepto de salud. Para Aristóteles, la política es la culminación de la ética: involucra una concepción de la excelencia humana opuesta al mero ejercicio del poder como espacio de las ambiciones personales. La vocación de poder debe dejar lugar a la vocación de servicio. Esto lleva también a definir el concepto de democracia como un espacio de decisión a través de la reflexión, el diálogo y el consenso entre iguales. En una democracia no puede haber privilegios, ni *lobbies*, ni grupos de presión. Actualmente hay una grave confusión de la ética con las regulaciones meramente legales. Sus facultades se ejercen cuando los hechos consumados y los intereses en juego condicionan fuertemente su aplicación. Aunque es necesario establecer normas jurídicas que controlen la economía, la ciencia y la tecnología, los principios éticos deben situarse más allá de las meras regulaciones legales. A su vez, es necesario abrir un nuevo encuadre ético: a la *ética de la intención* y la *ética de la responsabilidad* debe agregarse la *ética de la precaución*, que nos pide prudencia con respecto a avances tecnológicos cuyos efectos a largo plazo son difíciles de evaluar. Una sociedad democrática, justa y equitativa, regida por sólidos principios éticos, es la condición para una vida saludable. En efecto, hoy la salud se concibe como una mercancía, como la consecuencia del consumo de fármacos, en vez de designar un estado de plenitud, de autonomía y de equilibrio con la sociedad y el ambiente. Frecuentemente, la medicina dirige toda su estrategia contra la enfermedad, sin prestar atención a sus causales sociales, económicas y culturales. A los médicos se les exige curar, en el nivel individual, los daños que un determinado tipo de civilización genera en comunidades enteras, ignorando que muchas veces la enfermedad es un emergente de problemas estructurales.

Hacia un nuevo marco civilizatorio desde América Latina. En resumen, superar la crisis actual implica cambios muy profundos, basados en un replanteo radical de nuestros conceptos de progreso, economía, política, hombre, racionalidad, naturaleza, educación, salud. Es necesario elaborar nuevos criterios desde donde analizar los problemas y abordar vías de solución. En especial, desde América Latina debemos recuperar la experiencia ancestral de los pueblos aborígenes, cuya sabiduría ha sido desestimada por las miradas eurocéntricas. Los conceptos presentados no configuran un programa, ni pretenden agotar las perspectivas de análisis. Se refieren a las condiciones sobre las que debería trazarse un proyecto de progreso humano, en el contexto de una globalización que implique un nuevo marco civilizatorio, de una civilización no excluyente, y consciente del destino común de la humanidad.

Referencias

George Soros. *La crisis del capitalismo global,* Buenos Aires, Sudamericana, 1999. - Al Gore. *La tierra en juego,* Barcelona, Emecé, 1993. - Edgar Morin, Anne Kern. *Tierra patria,* Buenos Aires, Nueva Visión, 1993.

Globalización y cambio religioso

Renée de la Torre Castellanos (México) -
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Occidente Guadalajara

La globalización de los sistemas religiosos. Hoy el mundo se ha encogido. Esta podría ser la metáfora que explica de manera más contundente los efectos de la globalización en el mundo contemporáneo. La globalización, aunque es un concepto que se deriva en un primer momento de los impactos de la economía capitalista en la unificación de los mercados, es también un concepto útil para entender las transformaciones culturales que se viven hoy. La globalización es un fenómeno que se manifiesta como efecto de una sociedad red, que en primera instancia implica una interconexión mundial por donde fluyen y se intercambian bienes, mercancías, significados, información, dinero, individuos, grupos sociales, más allá de las barreras regionales, nacionales y culturales. Decir que el mundo se ha encogido significa que las distancias (la duración temporal para recorrer un punto de origen a un punto de destino) están trastocadas. Lo que antes era lejano, ahora puede vivirse como cercano gracias a la velocidad de los intercambios que nos ofrecen las tecnologías de la comunicación e informática y a la eficiencia en los medios de transportes; además, en términos culturales, se ha ensanchado la concepción de nuestro mundo, al cual incorporamos las experiencias de nuestra propia movilidad o de nuestro acceso a una información global, haciendo que lo que lo que antes se apreciaba como exótico o extraño hoy puede ser valorado como familiar o normal. Por globalización de la religión entenderemos los procesos de translocalización y relocalización de elementos simbólicos propios de los sistemas religiosos. Su circulación atraviesa las fronteras nacionales y conecta en circuitos transnacionales creencias,

símbolos, rituales y mitos que anteriormente se mantuvieron anclados en culturas territoriales y religiones institucionalizadas. Este proceso contribuye a la hibridación de religiosidades y a la emergencia de dinámicas de reivindicación del regreso a los orígenes de las religiones. El impacto de la globalización en el cambio religioso se manifiesta principalmente en un conjunto de sucesos por estudiar, que definen ese proceso.

La transnacionalización de las iglesias evangélicas y las teorías del colonialismo internacional. El tema de la transnacionalización de la religión comprende dos procesos de transformación religiosa. Por un lado se estudia el impacto cultural de las protestantes de origen anglosajón en el continente latinoamericano (los testigos de Jehová, las asambleas de Dios, los mormones, los adventistas). Esta acción misionera, que ha tenido un crecimiento impresionante a partir de la década de los setenta, fue originalmente definida por distintos sociólogos de la religión como una estrategia de colonización y de imperialismo cultural y religioso sobre América Latina. Mediante esta concepción, la protestantización o pentecostalización del continente se veía como una amenaza cultural que debilitaría, sustituiría y terminaría por destruir las identidades tradicionales y locales.

Relocalización de las religiones internacionales. Hoy en día muchas de las iglesias evangélicas se han ido reculturalizando y han echado raíces en América Latina, además de que podemos mencionar un gran número de iglesias multinacionales, de origen latinoamericano, que han logrado una presencia internacional; entre ellas destacan la iglesia Universal del Reino de Dios, de origen brasileño, y la iglesia La Luz del Mundo, de origen mexicano. Las teorías contemporáneas que explican la internacionalización de la religión señalan que estamos lejos de una estandarización u homogeneización de la religión, y que estamos atestiguando un panorama marcado por la diversidad del campo religioso en el cual las contribuciones globales se combinan y negocian constantemente con las culturas locales.

La desterritorialización y la reterritorialización de la religiones nativas. En América Latina se han mantenido religiones vinculadas con poblaciones nativas y grupos étnicos, cuya identidad y religiosidad antecedieron la conquista o la construcción moderna de las naciones. Estas religiosidades, aunque la mayoría de las veces se practicaban bajo formas sincréticas con el catolicismo popular, habían estado históricamente muy vinculadas con aspectos raciales y con las culturas locales de ciertas poblaciones indígenas o de orígenes africanos. Por ejemplo, la Santería en Cuba, el Candomblé en Brasil, la mexicanidad en México, el vudú en Haití, etc. Incluso estas religiones fueron matriz cultural e identitaria de movimientos nacionalistas, étnicos o raciales. Esto ha cambiado, pues en los momentos actuales estas religiones se han transnacionalizado (existe Candomblé en Argentina, Santería en Miami y París, y mexicanidad en España) en gran parte debido a los movimientos migratorios y de exilio masivo que hace que los pobladores lleven sus creencias y rituales a los lugares de destino; pero también se debe a una importación de cultos exóticos, que hibridizan las religiones nativas, puesto que sus nuevos practicantes ya no son necesariamente los sujetos históricos que mantuvieron esas tradiciones religiosas vinculadas con los valores étnicos, nacionales, clasistas y raciales.

Las religiosidades híbridas: el New Age como nuevo ecumene global de la religiosidad contemporánea. La religiosidad o sensibilidad religiosa conocida como *New Age o* Nueva Era *tiene* las características de un nuevo ecumene global, que opera como red planetaria de redes alternativas y de movimientos espirituales. El movimiento New Age se constituye de individuos y grupos autónomos, es extra eclesiástico, tiene una concepción *holística* de la relación entre lo particular y la totalidad, no tiene una doctrina definida, sino que es más bien un conocimiento flexible, difuso y ecuménico. Esta religiosidad, basada en el autodesarrollo individual, en el amor y respeto a la naturaleza, en la creencia en las energías como fuerzas creadoras del universo, es una religiosidad alternativa frente a algunos aspectos de la modernidad: la institucionalización, la industrialización y la sociedad de consumo. Diversos grupos del movimiento Nueva Era en América Latina han establecido conexiones, intercambios y fusiones con grupos nativistas indígenas o africanos, por ser considerados fuentes de sabiduría universal. Estos contactos tienen repercusiones en la conciencia identitaria, pues redimensionan el origen local de las tradiciones locales en un movimiento de alcances planetarios, y generan novedosas hibridaciones entre los nativismos americanos y las religiones orientales.

La transversalización de la religión: mercancías esotéricas y la religiosidad popular. La globalización está presente en la circulación de mercancías que forman parte de la oferta denominada "nebulosa esotérica". Dicha mercantilización de símbolos religiosos, servicios terapéuticos, fórmulas mágicas, contextos turísticos, conocimientos ancestrales contribuye a transversalizar los regímenes de valor entre los contextos culturales y religiosos de donde fueron tomadas, los circuitos de circulación de las mercancías, y los contextos locales en que se consumen, usan y reapropian dichas mercancías como objetos cargados de

sentido religioso (sagrado, trascendente o mágico). Esta nueva red de mercado esotérico ofrece artículos con poderes mágicos o terapéuticos que provienen de distintas tradiciones religiosas: budistas, hinduistas, saberes esotéricos, de la magia blanca, del espiritismo, del catolicismo popular, de las cosmovisiones prehispánicas, que pueden ser mezcladas con todo tipo de ofertas de superación personal, de cuidado de la salud, del cuerpo y de la ecología. Esta mercantilización de bienes y servicios esotéricos, cuya circulación ocurre en establecimientos y en los medios de comunicación, produce nuevos sincretismos con los elementos mágicos religiosos de las culturas populares tradicionales.

Mass-mediación de las religiones. Cada día son más las ofertas de religiones mediáticas: "iglesias electrónicas", "tele evangelizadores", "radio evangelistas", "religiones y cultos cibernéticos". Gran parte del éxito misionero de algunas iglesias neopentecostales en América Latina se debe a la instrumentación misionera de los medios electrónicos, pero también los medios, en especial la televisión, son hoy en día un terreno de evangelización de la iglesia católica. Los efectos de la *mass mediación* también están modificando cultos, cada vez más parecidos a los *reality shows*, a conciertos pop, a espectáculos de masas.

Migración: transnacionalización y reetnización de las religiones populares. Los fenómenos migratorios masivos, sean de América Latina a Estados Unidos o de América del Sur a Europa, generan un intenso proceso de migración de los cultos religiosos, generando profundas transformaciones en las prácticas de la religiosidad popular, en sus lugares de origen; en las zonas fronterizas, como en la refundación de sus cultos locales en las zonas de destino migratorio.

En síntesis, podemos afirmar que la globalización impacta de distintas maneras y con distintos efectos la composición de las religiones contemporáneas: sea para generar nuevos hibridismos, o para esencializar las religiones tradicionales que se perciben en riesgo de extinción. En el caso de Latinoamérica, habrá que preguntarnos si sus efectos fortalecen o debilitan a las identidades locales o regionales, si el establecer nuevas conexiones translocales amplía los marcos éticos y filosóficos de los creyentes hacia una religiosidad abierta a la pluralidad mundo y a la pacífica convivencia de las diferencias, o si por el contrario es el nuevo fermento de brotes de intolerancia hacia los otros. ¿Es la globalización un paso firme hacia la modernidad, entendida como el sustento de la libertad, la reflexión crítica y una ética universal? O, por el contrario, ¿contribuye al reforzamiento de religiones integristas y fundamentalistas que se oponen a la modernidad? Como hemos querido mostrar, la globalización es multidireccional y su principal efecto es la multiplicidad de formas de organizar la religión en novedosas coordenadas espacio-temporales, a partir de las cuales se generan los marcos de interacción comunicativa del nosotros y los otros, de lo cercano y lo lejano, de lo propio y lo exótico. En este nuevo contexto se conforman las maneras de organizar las creencias de los ciudadanos contemporáneos.

Referencias

Jean Pierre Bastian. *La mutuación religiosa de América Latina*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003. - Stefanía Capone (ed.). Religiones transnacionales, Revista *Civilisations*, Vol. LI, Nº 1-2, Institut de Sociologie de la Université Libre de Bruxelles, enero 2004. - Julia Carozzi (org.). *A Nova Era no Mercosur,* Petrópolis; Editora Vozes, 1999. - André Cortén, Jean Pierre Donzon y Ari Pedro Oro (comps.). *Les nouveaux conquérants de la foi*, Paris, Karthala, 2003. - Renée De la Torre y Cristina Gutiérrez Zúñiga (eds.). Religión y mercancías en América Latina, Revista *Desacatos*, Nº 17, Ciesas, México, 2005. - Ari Pedro Oro y Carlos Steil (orgs.). *Globalização e religião*, Petrópolis, Editora Vozes, 1999.

Globalización y mercado de la alimentación

Jorge Eduardo Rulli (Argentina) -
Grupo de Reflexión Rural (GRR)

El modelo agroexportador y el rol de país forrajero configuran la nueva situación colonial en el capitalismo global. Ejemplos pueden hallarse en toda América Latina: hambre en países productores de alimentos, represión a los productores, exportación creciente de productos transformados mediante la biotecnología, para lograr aumento de divisas y dependencia del modelo de agronegocios. La lógica del modelo es el aumento constante de las exportaciones; crecimiento que va en desmedro de la producción de alimentos. Las consecuencias son inmensos territorios vaciados de sus poblaciones rurales, pueblos que desaparecen, pequeños productores que deben dejar sus tierras o hipotecarlas debido a su dependencia de insumos, semillas OGM, herbicidas, maquinarias de siembra directa y, sobre todo, hambre para las poblaciones, ya que la alimentación comienza a depender del mercado internacional manejado por intereses globalizados.

El discurso verde. Los discursos de sustentabilidad social y ambiental, que fueran parte del arsenal de denuncias de las organizaciones de la sociedad civil, son cooptados por las corporaciones que pretenden investirse de nuevas responsables con la complicidad de ONG que exhiben como progreso las mitigaciones o morigeraciones de

impactos que se prometen. El discurso hegemónico tiene marcos precisos y estrategias efectivas; por ejemplo, confundir la violencia, que siempre es un hecho cultural, con la agresividad que es propia y característica del espíritu del hombre. Se reclama el respeto a las reglas y la moderación en el discurso mediante la aceptación de protocolos del consenso que no dan posibilidades para la propia identificación ni permiten la manifestación suficiente y previa de las diferencias. De ese modo, se produce una transmutación del enemigo en adversario, y de los combatientes en aquello que combatían. La visión del capitalismo globalizado impone la regla de diluir las antinomias e intercambiar los roles de los opuestos. Un ejemplo claro es el uso cooptado del concepto de sustentabilidad con el que se producen verdades aparentes sin mayores consecuencias. El discurso hegemónico trata de imponer una mirada en la que ya no hay verdades básicas ni fundamentos de verdades últimas, de modo que queda sin sustento la identidad y por consiguiente la posibilidad de definir al otro como diferente, llámese enemigo o como se lo quiera llamar. La construcción del modelo se basa en generar sentidos comunes a la subjetividad creada por el neoliberalismo. Una vez que se ha construido ese sentido común, la dificultad de deconstruirlo y de construir otro sentido alternativo requiere un esfuerzo titánico.

La resistencia crece. Sin embargo, y más allá de los discursos, la violencia está vigente como nunca jamás en la historia; además, se ha globalizado. Pero ¿acaso son la agresividad y la violencia parteras de la historia?, ¿acaso no son la estrategia que permite romper o desbordar los modelos impuestos que se reproducían a sí mismos intentando perpetuarse? Rodolfo Kusch, cuando habla de América profunda, refiere siempre a un imaginario de magma y a un abismo impensable, horrible y hediondo que oficia como caos creador del inconsciente y de las fuerzas colectivas ligadas a la tierra por lo fundante del pensamiento, por el arraigo, por la tradición y la cultura. Sobre ese magma social y de pensamiento popular se enfría una capa leve de lava sobre la cual ejercemos nuestra precaria racionalidad y nuestras certezas sobre el mundo de los objetos. A veces esa capa es tan fuerte que nos hace olvidar que debajo subyace un abismo y en el escenario en que construimos el propio universo casi nos dejamos convencer sobre la inexistencia de la muerte y la existencia en cambio de un progreso ilimitado; otras veces la capa leve se fractura y nos caemos en lo hondo; en ocasiones el magma estalla y es preciso reformular ideas y el orden social. Después de cada estallido cambian las correlaciones de fuerzas. Sin embargo, hay un modelo que se impone cada vez más: aquel en que el grueso de las cadenas de la producción, de la comercialización y la exportación pasa a manos del dominio transnacional. Se agregan a este modelo intensas políticas sociales: para paliar la pobreza, para fomentar microemprendimientos, para la atención a la salud, etc., que en realidad no buscan resolver el tema de la exclusión y del hambre, sino perpetuarlo y contenerlo para evitar nuevos estallidos. Nos encontramos así con que las zonas de extrema pobreza, marginalidad y desocupación son también zonas donde el capitalismo globalizado explora nuevos modos de manipulación y de clientelismo. Juegan un papel muy importante en esto los multimedios oligopólicos haciendo estragos sobre la idea que los excluidos tienen de sí mismos. También, el uso del poder político se asocia muy frecuentemente al de las bandas de narcotraficantes, las policías de "gatillo fácil" y de los punteros políticos. Resulta al menos arriesgado imaginar que de esas zonas pueda surgir el nuevo sujeto emancipatorio.

Rol de las empresas transnacionales. No se puede ignorar el poder de estas empresas que afecta a todos los órdenes de la vida de la gente. Cuando en plena ofensiva de estas empresas se acepta la discusión de los problemas, como lo hacen algunas organizaciones ambientalistas, se da por supuesto que de parte de esas organizaciones existe capacidad de negociar, es decir la certeza de disponer del poder suficiente para ello. Sin embargo, cuando de hecho se enfrenta en las mesas de negociación el poder de unas con el de las otras, el resultado suele ser, por estas últimas, aceptar y sumarse a la estrategia empresarial con la esperanza de negociar algunos límites a sus ofensivas y acotar el daño que se considera inevitable. Pero no debemos olvidar que estas empresas necesitan ver legitimado su modelo por la gente y los intelectuales, así como que se interiorice el neocolonialismo hasta el punto que sea asumido como una nueva identidad: la identidad de los hombres del consenso en el nuevo orden neocolonial. Necesitan preservar sus estrategias de mercadeo global y recurren a la cooptación de ciertas ONG y a la información proveniente de ciertas consultoras prestigiadas para evitar las posibles crisis sociales y la conciencia de los colapsos ambientales que generan sus negocios.

La sustentabilidad. Para comprender el uso de discursos ambientales para propósitos de dominio económico, podemos tomar el caso de la soja en Argentina. Este país viene acrecentando su producción de soja desde hace más de catorce años mediante la incorporación del modelo agroexportador y el rol de país forrajero. La etapa actual se acompaña con un discurso que recurre al argumento del Mercosur y la sustentabilidad. Es necesario, sin embargo, aclarar que en esta etapa no solo está programado añadir nuevos territorios a las extensiones

asignadas a los monocultivos, con una planificación económica orientada al beneficio de las empresas por ellas mismas ante un Estado ausente, sino que fundamentalmente se genera la complejización del modelo y la incorporación de nuevos actores y protagonistas que lo fortalezcan y legitimen. El nuevo modelo está sustentado sobre diagnósticos correctos que describen situaciones sumamente críticas e igualmente insoportables para la conciencia del consumidor europeo. Así se ofrece como argumento mayor rotaciones de soja y ganadería para preservar suelos e imaginar ilusorios modelos de sustentabilidad. Esta propuesta olvida la concentración en el uso del suelo en Argentina y el masivo abandono del campo por los pequeños productores imposibilitados de mantener este tipo de cultivo. En realidad esta propuesta debe ser leída desde la crisis suscitada por los problemas ambientales en Europa, consecuencia de la enorme concentración de corrales de engorde en las cercanías de los puertos donde desembarca el grano importado y la búsqueda de las empresas de una mayor racionalidad de la producción que les permita evitar los actuales impactos, trasladando la cría en engorde a los países productores de forraje. En el mismo sentido se halla el incremento de la agricultura orgánica, que responde a las nuevas políticas y mercados certificados que inauguran las corporaciones. Cuando las empresas se refieren a la agricultura orgánica, están hablando de una agricultura extensiva y de exportación que respeta absolutamente el modelo impuesto por las transnacionales de semillas mejoradas y de producción de agrotóxicos desde los finales de la Segunda Guerra Mundial. Se trata de una agricultura orgánica muy dependiente de insumos supuestamente no contaminantes, dependiente asimismo de semillas certificadas y de empresas controladoras de la calidad de esa producción orgánica. La transformación de la agricultura en *agro-business* y la conversión de las prácticas agrícolas en *farming* han sido ejes fundamentales de la transformación impuesta al sector rural en paralelo con la commoditización de sus producciones, la creciente dependencia de insumos y la adaptación a los nichos de mercados con certificaciones, trazabilidad y denominaciones de origen. En los nuevos discursos empresariales hallan su lugar también las inversiones en energías renovables y en gestión de residuos sólidos urbanos. La aprobación del Protocolo de Kyoto y la búsqueda de mecanismos de desarrollo limpios abren amplios espacios para implementar nuevos negocios con el cambio climático que la misma industria provoca. Así, los países desarrollados se comprometieron a apoyar la utilización de energías menos contaminantes en los países en vías de desarrollo; con ello iniciarán un gigantesco mercado de créditos de carbono regidos por mecanismos de mercado como la oferta y la demanda de certificados de emisiones de gases de efecto invernadero. La propuesta de producir biocombustibles implica en realidad un modelo de agricultura no sustentable e improductivo, porque consume más energía que la producida y porque exigirá un mayor productivismo y escala en aquellos lugares en que se desarrolle. Será un modelo de agricultura injusta porque concentrará riqueza en pocas manos y será antiecológica porque al proponerse producción en escala lo hará inevitablemente con abuso de insumos químicos y sin respetar los procesos naturales. Es injusto que en un país y en un mundo plagado de hambrientos, continúe insistiéndose en usar la agricultura para fines que no son producir alimento, sosteniendo un modelo de agricultura sin agricultores y de exportación de insumos que vacía de población rural el campo y, en aras de una agricultura de escala y de una ganadería de fábrica, abandona el modelo de seguridad alimentaria y también la antigua producción de alimentos.

Impactos de la soja RR en Argentina. Los impactos del modelo de la soja sobre los ecosistemas y las poblaciones son cada vez más evidentes en todo el territorio nacional. Cuando se alcanzan los 18 millones de hectáreas de monocultivos transgénicos, sus efectos han sido devastadores tanto para el medio ambiente y la biodiversidad cuanto para la vida y la cultura rural. El modelo agroexportador de forrajes se ha constituido en una fábrica inagotable de pobreza, fuente de desarraigo y razón de migración hacia las grandes ciudades, donde en los nuevos y crecientes conurbanos se multiplican los fenómenos de la indigencia y de la exclusión social. Además, la soja y el maíz transgénico han desplazado a muchos otros cultivos que aportaban alimentos a la mesa de los argentinos, algunos de los cuales ahora deben ser importados. El uso intenso de agrotóxicos ha mostrado la falsedad de las promesas que tuviera en los años 90 la llamada revolución biotecnológica. Las cifras en uso de herbicidas y de nuevos pesticidas son elevadas y han provocado una masiva contaminación de las cuencas hídricas y de las napas freáticas. Asimismo esta agricultura industrial ha barrido las pequeñas producciones hortícolas, tambos y criaderos de aves que rodeaban tradicionalmente a todas las ciudades argentinas. Ahora los monocultivos llegan a las primeras calles de los pueblos y ciudades, y las fumigaciones aéreas impactan sin piedad sobre las poblaciones de los barrios periféricos, provocando graves y crecientes estadísticas de cánceres y enfermedades terminales. Como consecuencia de los profundos desequilibrios del ecosistema, han aparecido nuevos patógenos como el fusarium y la roya, que ahora infestan los monocultivos de soja. Ello

es consecuencia de que la comunidad de microorganismos del suelo ha sufrido fortísimas modificaciones y se han multiplicado los hongos en desmedro de las colonias bacterianas. Asimismo se han registrado cambios en las comunidades de malezas con la aparición de especies inusuales en estos sistemas y de varias malezas que han desarrollado tolerancia al glifosato. La respuesta de los sojeros ha sido hasta ahora operar sobre los efectos, aumentando las aplicaciones y la cantidad de glifosato por hectárea, así como de otros fungicidas y herbicidas como el 2.4D, fungicidas e insecticidas para responder a las nuevas amenazas producidas por un profundo desequilibrio de los agroecosistemas. Otro tema de fuertes impactos es la práctica de barbechos químicos en el invierno que, luego de una soja de primera y una de segunda, completa en vastas extensiones el ciclo del monocultivo y del creciente agotamiento de los suelos. Luego de la última cosecha y antes de las primeras heladas, en estos campos que se disponen para el barbecho germinan verdes alfombras de soja guacha. El método que se emplea, dado que por ser esa soja RR resistente al glifosato y tal vez para evitar demandas de la empresa Monsanto, proveedora mayoritaria de la semilla OGM, es combatirla con un producto cuyo nombre comercial es Grammoxone y cuyo componente activo es el temible paraquat. Como consecuencia de la nueva situación ambiental creada en el campo por las aerofumigaciones y la contaminación, podemos verificar una masiva colonización de las zonas urbanas por los pájaros silvestres, incluidas las aves carroñeras, de rapiña y gaviotas, así como los roedores del campo, obligados todos a abandonar sus hábitats naturales, ahora convertidos en lugares hostiles.

La ética empresaria. La responsabilidad social empresarial tiene como concepto aproximadamente unos diez años de vida y viene creciendo con renovadas fuerzas. Habiendo sido al principio solo motivadora de acciones aisladas, filantrópicas, destinadas a la ayuda de sectores desfavorecidos, se transformó pronto en un medio eficaz para añadir valor agregado a las propias producciones o servicios y proponerse nuevos criterios de maximización de ganancias. Dice Adela Cortina en su libro *Ética de la empresa*: “*lo ético es rentable, entre otras cosas, porque reduce los costos de coordinación externos e internos de la empresa: posibilita la identificación con la corporación y una motivación más eficiente*”. En los últimos años muchas carreras de administración de empresas incorporaron cursos de ética desde una perspectiva meramente instrumental para ponerla al servicio de un logro empresarial: la maximización de las ganancias. La comprobación de que el grueso de los consumidores considera positivo que una empresa se encuentre comprometida con su entorno inmediato, más allá de sus intereses económicos, abrió camino para experimentar que buena parte de esos consumidores estarían dispuestos a pagar un plus por productos socialmente responsables. Esto lleva a las empresas a pensar la responsabilidad social empresarial desde tres grandes líneas estratégicas según los intereses del mercado de consumo: un área de políticas laborales, uno de políticas sociales y por último uno de políticas ambientales. Esto les posibilita nuevos modos de ejercitar la competencia y, lo que es más importante, sumar a sus arsenales de marketing discursos y pensamientos sociales y ambientales, dejando atrás los tradicionales mensajes publicitarios, enriqueciendo y complejizando sus estrategias, y asumiendo nuevas responsabilidades que fueron hasta ayer propias del Estado. Sin embargo, el discurso de la ética empresarial, respaldado por el de la sustentabilidad de ciertas prácticas agrícolas e industriales, no cuestiona los factores económicos y políticos que producen la injusticia, sino que se preocupan por las estrategias y los procedimientos empresariales. Todo debate sobre la ética y la economía solo cobra sentido si somos capaces de recuperar la antigua concepción de la economía como economía política, en el sentido que la capacidad y la decisión de modificar las reglas sigue siendo un tema político. Ello ocurrirá sólo si somos capaces de reconocer con visión integral que el sistema económico no es más que un subsistema de la sociedad global.

Respuestas políticas argentinas. La Cancillería argentina se define en política internacional contra los subsidios que afectan su acceso a los grandes mercados europeos. Lo que no se considera es que la política de subsidios en Europa se genera a partir del hambre y de una enorme necesidad de seguridad alimentaria en la posguerra y que, en consecuencia, esa propuesta fue y sigue siendo absolutamente legítima para los europeos. Es verdad que esas políticas, justificadas en su origen, derivaron luego en el respaldo a la industria alimentaria y a muchos modos de favorecer la exportación y en un dumping internacional de producciones alimentadas con forrajes provenientes de países subdesarrollados, que sufren en los mercados internacionales por los precios subsidiados. Reconocer esto no significa dejar de señalar que la política exterior argentina sigue siendo estar contra todo subsidio y contra toda propuesta de seguridad alimentaria. Además, debemos reconocer que esa política se mantiene aún al precio terrible de condenar a un tercio de la propia población al hambre, ya que la clase política parece tan principista en este terreno y tan leal a las reglas de la OMC, que para ser consecuente con su discurso internacional se niega a establecer precios sostén

para alimentos destinados a la mesa de los argentinos y que podrían aliviar el hambre de los indigentes y evitar una próxima generación de argentinos intelectualmente disminuidos. La respuesta política que puede responder a este proceso globalizador que se convierte en un proceso colonizador, usando la producción agropecuaria como arma, es imaginar modos de lucha que, como lo hicieron otros a lo largo de la historia de los países del tercer mundo, posibiliten la recuperación plena de lo humano que les ha sido expropiado por el colonizador. La recuperación de lo humano por el colonizado es siempre la recuperación de la propia identidad, y ello sigue siendo una tarea pendiente. Junto a la afirmación orgullosa de esa identidad necesaria, falta la proclamación del hecho cultural de existir en la otredad, aún no reconocida de ser diversa y única. Ello significa estar arraigado tanto en un suelo dado como en una historia que nos provee un modo de saber quiénes somos, de dónde venimos y, por tanto, determinar adónde queremos llegar.

Referencias

Alberto Buela. *Metapolítica y filosofía*, Buenos Aires, Editorial Teoría, 2002. - Rodolfo Kusch. *América profunda,* Ed. Bonum, 1975. - Página del GRR http/www.grr.org.ar. - Franz Fanon. *Los condenados de la Tierra*.

Hambre y desnutrición

La imagen de alguien sufriendo desnutrición o muriendo de hambre impacta nuestra conciencia no solo por la idea de violación de un mandato moral a priori, sino también por la ruptura de todo futuro imaginable para nuestra integridad moral (v. *Desnutrición infantil y pobreza*). Se trata de un impacto emocional, sin duda, y algunos bioeticistas han querido sostener que estas emociones no forman parte del discurso moral en cuanto a generar deberes, sino que pueden conducir cuando más a actos de libre disposición a la caridad. Pero este tipo de abordaje moral, como suelen ser las distintas variantes del egoísmo ético, tienen poca aceptación desde el sentido común y resultan muy vulnerables a la inmensa mayoría de las concepciones teóricas sobre la justicia, por no decir a su totalidad. El problema moral que se encierra en determinadas situaciones de la realidad no requiere otra cosa que la intuición (v.) como comprensión directa e inmediata de una verdad, para alcanzar la certeza de que esa realidad –la del hambre– nos ofende y nos obliga moralmente. Aún más, la situación de hambre y desnutrición de una persona sacude la totalidad de nuestra identidad y no solo nuestro saber o nuestra voluntad. Porque el absurdo de ser, ante esa visión, es de tal magnitud que lleva hasta el límite a las condiciones mismas de nuestra autocomprensión. No se trata de un problema de libertad, sino de la integridad de nuestra identidad moral. Esto es, de la razón constitutiva del ser que somos como fundamento posible de nuestra libre voluntad.

El hambre en América Latina. En América Latina millones de personas padecen hambre y desnutrición. Los casos bioéticos repiten una y otra vez, hasta en medio del uso de altas tecnologías, esta realidad regional. Hay pacientes con insuficiencia renal, por ejemplo, que reciben diálisis hasta que pueden realizarles un trasplante, pero que no tienen vivienda permanente ni condiciones sanitarias adecuadas, que están desnutridos no solo por la enfermedad que padecen, sino por no tener dinero para alimentarse, y no tienen dinero para pagar los medicamentos de sostén del trasplante ni tienen cobertura de salud para hacerlo. Así sucede en tantas otras situaciones en atención de la salud (v.). Pero el problema del hambre ha tenido una historia muy particular en América Latina. Cuando los españoles llegaron a este continente, sin conocimiento alguno sobre los modos de producir alimentos en los nuevos territorios, padecieron muerte por hambre salvo cuando lograban ser asistidos por los aborígenes que estaban mejor alimentados y tenían alimentos para darles. Se trató de la primera crisis de seguridad alimentaria (v.), sin duda alguna, y de esta situación han quedado detalladas descripciones. Una de las crónicas más difundidas han sido los *Naufragios y comentarios* de Alvar Núñez Cabeza de Vaca, cuyo argumento central –puede decirse– es la historia del hambre de un colonizador en su peregrinación por las tierras aborígenes del norte de América (situación que luego le perseguiría cuando Cabeza de Vaca entró por Brasil hasta Paraguay). En el sur, poco después de la fundación de la actual Buenos Aires por Pedro de Mendoza, esta ciudad sería llamada Puerto del Hambre. Ulrico Schmidl, que formó parte de esa expedición fundadora, describió hasta el horror las razones de tal nombre en su crónica conocida como *Derrotero y viaje a España y las Indias* según la traducción de Edmundo Wernicke. En su pasaje más atroz, Schmidl dice: "*Fue tal la pena y el desastre del hambre que no bastaron ni ratas ni ratones, víboras ni otras sabandijas, hasta los zapatos y cueros, todo tuvo que ser comido. Sucedió que tres españoles robaron un caballo y se lo comieron a escondidas; y así que esto se supo se les prendió y se les dio tormento para que confesaran. Entonces se pronunció la sentencia de que se ajusticiara a los tres españoles y se los colgara de una horca. Así se cumplió y se les ahorcó. Ni bien se los había ajusticiado, y se hizo la noche y cada uno se fue a su casa, algunos otros españoles cortaron los muslos y otros pedazos del cuerpo de los ahorcados, se los llevaron a sus casas y allí los comieron. También ocurrió entonces que un español se comió a su propio hermano que había muerto. Esto sucedió en el año 1535, en el día de Corpus Christi, en la referida ciudad de Buenos Aires*".

Pero al culminar la conquista de la región, la situación se invertiría: los españoles estarían bien alimentados y los aborígenes morirían de hambre. Una de las razones más importantes para ese cambio fue producto de la 'encomienda', institución de origen feudal que en América otorgaba un número de indios a determinado señor para que este recibiera el fruto del trabajo y los tributos de aquellos a cambio de protección y evangelización. Todos los españoles aspiraban a ser encomenderos porque con un número de indios a su servicio aunque fuera pequeño quedaban a salvo del hambre. Sin embargo, este régimen no solo cambió el destino de consumo de la producción alimentaria indígena, sino también sus modelos de producción y finalmente les sumió en la desnutrición.

Instalada la dialéctica del amo y el esclavo, el hambre pasó a ser padecimiento de los pueblos originarios y se convirtió en endemia regional. Aunque las *Leyes Nuevas* de 1542 abolieron el carácter hereditario de las encomiendas otorgadas a los primeros conquistadores, la rebelión de los colonos a dicha norma persuadió a Carlos V que dicha supresión sería la ruina económica de las colonias. En 1545 suprimió el capítulo 30 de aquellas leyes, que había abolido las encomiendas. Los resultados de la persistencia de aquella legislación, entre otros factores, han de analizarse para comprender las razones que nos obligan hoy a reclamar un derecho a la alimentación (v.). En un sentido fundacional, un detallado estudio del hambre más reciente en el continente americano fue realizado por el médico y sociólogo brasileño Josué de Castro en su trascendente *Geografía del hambre* (1946). Estos y otros estudios, como los de nutrición (v.) llevados a cabo en varios países latinoamericanos, no pueden dejar de ser parte fundamental de las reflexiones y construcciones de una bioética regional atenta a los problemas éticos concretos de sus comunidades.

[J. C. T.]

Nutrición

Héctor Bourges (México) - *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*

Concepto. Nutrición es la acción y efecto de nutrir, del latín *nutrire* que, en el lenguaje común, es sinónimo de alimentar, llenar, restaurar, sustentar, criar, cebar y, en forma figurada, de acrecentar o fortalecer. Al parecer, *nutrir* y su derivado *nutrición* se comenzaron a usar en español hace unos cuatrocientos o quinientos años como sinónimos "cultos" de alimentar y alimentación. Alimentación es la acción y efecto de comer, alimentar o alimentarse. Si bien la equivalencia antes señalada entre nutrición y alimentación se mantiene todavía en el lenguaje común, en el lenguaje científico, en particular en Hispanoamérica, se da a *nutrición* una connotación más amplia como "*el conjunto de fenómenos que tienen por objeto la conservación del ser viviente*". Desde esta perspectiva, la alimentación es una parte o un paso de la nutrición y, por ello, al comer, el *ser humano se alimenta y se nutre*. La disciplina científica que estudia la nutrición y la alimentación es la *nutriología*.

La nutrición como proceso biológico. La nutrición es un proceso biológico universal, es decir, común a todos los seres vivientes; todos los organismos vivos se nutren, y solo ellos lo hacen. Por ello, nutrición y vida son conceptos inseparables. Conservar la vida y reproducirse para conservar la especie son tareas fundamentales de todo organismo. Ambas dependen del abastecimiento suficiente de energía y de un conjunto de "sustancias nutritivas" de origen externo al organismo, que realizan una o más funciones metabólicas. Una definición más precisa de nutrición sería "*el conjunto de los procesos involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de las sustancias nutritivas*". La *alimentación* corresponde al primero de esos pasos. Comer es un acto intermitente y en esencia voluntario y consciente que, en forma casi "automática", desencadena la digestión de los alimentos y de los compuestos que contienen, la absorción intestinal de las sustancias nutritivas, su distribución en el organismo, su incorporación y metabolismo en cada una de las células y la excreción de los desechos. Si bien la nutrición tiene lugar fundamentalmente en las células, el concepto se puede también aplicar *e* integrar en los ámbitos tisular, del individuo y social; se hace referencia entonces a la nutrición de tal o cual tejido, persona o población. En contraste con la alimentación, que es intermitente y en esencia voluntaria y consciente, la nutrición es continua y en su mayor parte no es voluntaria, ni perceptible para el individuo.

El caso del ser humano: más que un proceso biológico. Es claro que comer (alimentarse) es una necesidad biológica ineludible, porque de su plena satisfacción depende la conservación de la vida. Sin embargo, para el ser humano es mucho más que eso; además de sustento para el cuerpo, es estímulo placentero para los órganos de los sentidos, medio de expresión artística, instrumento eficaz de comunicación y de vinculación social, elemento medular de ritos, de ceremonias y de celebraciones festivas o luctuosas, instrumento para mantener y fortalecer el sentido de identidad y, en fin, una de las formas predilectas para expresar las peculiaridades de cada cultura. Puesto que es sustento, gozo, vínculo social y sello y forma de expresión cultural, y puesto que tiene numerosos determinantes biológicos, psicológicos y sociológicos, se dice que la alimentación (y por consiguiente la nutrición) tiene carácter bio-psico-social. Si se considera lo anterior, una definición más precisa de alimentación para el caso del ser humano es "*el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos, mediante el cual el organismo obtiene del medio las sustancias nutritivas que necesita, así como satisfacciones intelectuales, emocionales, artísticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena*".

La nutrición: parte del fenotipo. La nutrición es parte del *fenotipo* de cada persona, ya que es el

resultado de la interacción dinámica de la información genética que cada individuo ha heredado de sus padres con su historia ambiental particular. A su vez, la historia ambiental de un individuo está conformada por su historia alimentaria y por su relación a largo plazo con el medio físico (altitud, clima, etc.), biológico (microorganismos por ejemplo), psicoemocional y sociocultural. Solo se puede lograr una buena nutrición, si todos los factores mencionados son propicios. Un defecto genético, un clima extremo, una infección, el sufrimiento emocional o la insatisfacción social, pueden interferir la nutrición, aun comiendo bien. Por supuesto, una buena nutrición exige una buena alimentación. Quien se alimenta mal no puede estar bien nutrido, pero en la nutrición intervienen muchos otros factores y por ello no basta con tener una buena alimentación.

Determinantes de la alimentación. La alimentación está finamente regulada por mecanismos fisiológicos, en especial por la interacción de las sensaciones de *hambre* y *saciedad* que, con sorprendente precisión, controlan la ingestión de alimentos de manera que corresponda con las necesidades de cada cual. Sin embargo, existen otros determinantes que a veces pueden interferir dichos mecanismos; entre ellos figuran, interactuando en forma compleja, el *apetito* (o "antojo"), los conocimientos y prejuicios, los gustos y preferencias, los recuerdos y estados de ánimo, las actitudes y temores, los valores y tradiciones, los hábitos y costumbres, los caprichos y las modas. Por supuesto, no son menos importantes los muy diversos elementos históricos, geográficos, psicológicos, antropológicos, sociológicos, comerciales, económicos, culturales y hasta religiosos que determinan la disponibilidad local de alimentos, el acceso de la población a ellos y los recursos culinarios para prepararlos (conocimientos, infraestructura material y de conservación). Debido a la complejidad y variedad de los factores mencionados, la alimentación humana es muy susceptible a sufrir distorsiones cualitativas y cuantitativas que se traducen en *disnutrición* (mala nutrición, padecimientos de la nutrición).

Enfermedades de la nutrición. Así como la buena alimentación y la buena nutrición son pilares de la salud, las desviaciones alimentarias o las alteraciones en el resto de sus determinantes pueden producir mala nutrición y, en consecuencia, diversas enfermedades. Es un hecho que muchos de los padecimientos que más afligen hoy a la humanidad y que causan tasas de mortalidad elevadas, podrían evitarse o por lo menos retardarse mediante ciertos cuidados alimentarios. A grandes rasgos, las enfermedades de la nutrición se pueden clasificar en deficiencias, excesos y desequilibrios. Entre las deficiencias destacan la desnutrición infantil y la anemia por deficiencia de hierro y, en menor grado, las de vitamina A y yodo. Entre los excesos y desequilibrios destaca la obesidad, una enfermedad por sí misma, que favorece enfermedades metabólicas crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la ateroesclerosis y algunos cánceres.

Consideraciones éticas en el terreno alimentario. La legislación de algunos países acepta el "derecho a la alimentación", un derecho humano fundamental, pues sin él no son posibles los derechos a la vida y a la salud. Se trata de un derecho individual y social que debe entenderse como el acceso a una alimentación saludable y acorde con la cultura y los gustos de cada cual. La ingeniería genética ofrece hoy la posibilidad de diseñar alimentos aptos para cultivo en ecosistemas poco favorables o de conferirles, con alto grado de control y seguridad, características específicas deseadas. Sin embargo, a ello se contraponen en la práctica dos peligros potenciales: a) La tendencia de la industria biotecnológica a concentrarse en cuatro o cinco firmas podría originar que la alimentación de la humanidad quedara al arbitrio de pocas manos; y b) si bien es incidental, hay demasiados ejemplos de descuido e irresponsabilidad en el manejo actual de los "organismos transgénicos". Tanto las deficiencias como los excesos tienen consecuencias muy graves. Las deficiencias, que afectan en particular a los niños, representan el infortunio singular de no contar con lo elemental y no permiten hacer realidad el potencial con que se nace; los excesos tienen un enorme costo económico y generan alta mortalidad en etapas productivas de la vida. Las deficiencias y los excesos son casi siempre producto de la actuación humana individual o social, y no de fuerzas naturales incontrolables. En escala mundial y en la mayoría de los lugares, los alimentos distan de ser escasos, hay más que lo necesario y hasta se desperdician; lo que causa las deficiencias son la explotación humana, la inequidad, la deprivación social, la discriminación, los intereses económicos muy primitivos, la ignorancia y en ocasiones hasta el genocidio. Hasta no hace mucho tiempo, las costumbres alimentarias eran apropiadas en la mayoría de los casos, de manera que quienes no estaban limitados por el aislamiento o la miseria, en general, comían en forma correcta y los excesos y desequilibrios no eran tan comunes. Hoy muchas poblaciones han perdido autonomía alimentaria al ser presas de desenfrenos de la mercadotecnia, de la imposición de valores y conductas "occidentales" promovidos por la "globalización" y de la obsesión por "lo moderno" que, en lo que toca a la alimentación, ha demostrado a menudo no ser aconsejable.

Referencias

E. Casanueva, M. Kaufer, A. B. Pérez Lizaur, P. Arroyo (eds.), *Nutriología médica*, Editorial Médica Panamericana, 2001. - A. Velázquez., H. Bourges (eds.). *Genetic Factors in Nutrition,* Academic Press, 1984. - F. Gómez. Desnutrición, *Bol. Med. Hosp. Inf.* (Méx.), 1946; 3(4): 543. - H. R. Bourges, J. M. Bengoa, A. M. O´Donnell. *Historias de la nutrición en América Latina,* Fundación Cavendes, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, 2000.

Desnutrición infantil y pobreza

Alejandro O'Donnell (Argentina) - *Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil*

Enfermedad y pobreza. A pesar de ser reconocida universalmente como la principal causa de enfermedad, sufrimiento y muerte, la pobreza extrema figura en uno de los últimos lugares de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS en el código Z 59.5 – extrema pobreza. En Argentina, el principal problema de salud es la extrema pobreza que hace peligrar los avances alcanzados durante años. La pobreza impregna social y biológicamente toda la vida de un individuo, perpetuándose de generación en generación, con pobres que generan otros pobres. La pobreza no es un fenómeno contemporáneo, aunque antiguamente era quizás más equitativa: los pobres padecían y se morían de las mismas enfermedades que los ricos y en porcentajes comparables. En la Europa de principios del siglo XX, antes de los antibióticos y de las vitaminas, las cifras de mortalidad comenzaron a mejorar rápidamente con el saneamiento ambiental, la calidad de la vivienda, la disponibilidad de agua corriente y cloacas, así como la mejor alimentación e incipientes legislaciones de protección de las embarazadas y de los niños. Esto demostró que el mejoramiento de la salud y la nutrición de la población no era solamente un problema médico, sino que todas las esferas de gobierno debían involucrarse en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Niñez y pobreza. Por sus características biológicas, los niños sufren más los efectos de la pobreza al estar expuestos a una constelación de riesgos que no afectan en la misma medida a los niños más privilegiados. Los niños pobres tienen casi cinco veces más riesgo de nacer con bajo peso, diez veces el riesgo que su madre muera durante, o como consecuencia del parto, seis veces más posibilidades que aún en el segundo trimestre de embarazo su madre no se haya hecho ningún control médico, casi diez veces que su madre sea una adolescente, el doble de posibilidades de morir antes del primer cumpleaños, diez veces más posibilidades de vivir en viviendas inadecuadas con hacinamiento, y ocho veces más posibilidades de haber nacido en el seno de una familia numerosa y de muy bajos recursos. Es cinco veces más factible que deserten de la escuela primaria, y quince veces más de la secundaria. Si como consecuencia de estas circunstancias de la vida quedan con una talla retrasada –11 a 17% de los niños argentinos–, tendrán veinte veces más posibilidades de repitencia escolar que los niños más privilegiados de talla normal. La repitencia es más alta a medida que transcurren los años escolares, a medida que las exigencias curriculares van siendo mayores, expresando sus limitaciones intelectuales. Tienen treinta veces más posibilidades de sufrir accidentes, quemaduras y maltrato físico que los más privilegiados.

Desnutrición infantil y pobreza. Pobreza no implica necesariamente desnutrición, pero existe una fuerte asociación entre ambas. La desnutrición es la cara más emotiva de la pobreza. Esta desnutrición no necesita ser extrema para afectar definitivamente a los niños. La desnutrición menos evidente, que encubre deficiencias de nutrientes y de vitaminas y culmina en una baja talla definitiva, y que refleja una vida de enfermedades, privaciones y deprivación ambiental y sensorial, es aún más perniciosa para el futuro de una sociedad. Esta desnutrición afecta a millones de niños en América Latina. Estudios sobre desarrollo infantil en distintas localidades muestran que más de un cuarto de los niños no desnutridos que ingresan a la escuela tienen un coeficiente intelectual menor que el esperado. La cifra sube en comunidades muy pobres a 65% con una elevada proporción de niños que serán prácticamente ineducables. En ello influyen el bajo peso de nacimiento, la anemia, la deficiencia de cinc, la desnutrición y la pobre estimulación ambiental. El sistema de salud, más el constante incremento en el gasto social como porcentaje del PIB y la movilización solidaria de la comunidad pueden atenuar el impacto de esta situación. El gasto social puede ser mejorado y lograr más eficiencia dado que en la asignación de beneficiarios de planes sociales se observa poca originalidad en el diseño de los programas que, con pocas modificaciones, resultan ser los mismos durante décadas, sin haber sido evaluados en su impacto y en los diferentes criterios de aplicación local. Además, coexisten muchas prácticas de corrupción. La cohesión social de organizaciones de la comunidad, iglesias, clubes barriales y municipios, tiene un inmenso papel que jugar. Los gobiernos tienen la responsabilidad de apoyar sus actividades, dado que estas organizaciones no pueden realizar obras de mayor envergadura por sí solas, con la seguridad de que esta organización de la comunidad es muy eficiente en la ejecución de sus tareas. Los barrios pobres necesitan saneamiento ambiental y, para sacar a los

niños del ciclo de la pobreza, las mejores escuelas con los mejores maestros que deberían recibir salarios como los de áreas de frontera, dado que los límites de estos barrios son una frontera entre los que tienen futuro y los que no lo tienen. Los niños son los más vulnerables y por ello deben reafirmarse pautas de crianza realzando el rol insustituible de la madre, aunque sea pobre e iletrada. Los estudios de desarrollo infantil muestran que el desempeño de los niños, aun de los más pobres, cuando la crianza es intuitiva y la lactancia materna predomina, en los primeros seis meses de la vida puede ser superior a la de los niños de países desarrollados. Los primeros dos o tres años de la vida son biológicamente de intenso apego a la madre –quien es insustituible–, y ese apego se instala como una conducta definitiva en la niña para cuando le toque ser progenitora. Es posible que el concepto de cuidado de los niños sea parte intuitiva no mensurable de la relación entre sexos –amor– que culminará en la procreación y, eventualmente, en una familia. En consecuencia, los problemas que afectan a la infancia son un problema ético ineludible.

Referencias

H. R. Bourges, J. M. Bengoa, A. M. O´Donnell. *Historias de la nutrición en América Latina,* Fundación Cavendes, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, 2000.

Crisis de seguridad alimentaria

Patricia Aguirre (Argentina) - *Ministerio de Salud de la Nación*

El hambre como crisis de civilización. En las sociedades actuales, en Argentina, en Latinoamérica y en el mundo, la alimentación está en crisis, lo que resulta paradójico porque justamente ahora –a partir de 1985– en el mundo se producen alimentos suficientes para alimentar a todos los habitantes con una cantidad y variedad que los nutricionistas juzgan adecuada. Precisamente porque hay alimentos suficientes, quedan al desnudo la profundidad de la crisis y el hecho de que es un problema de la sociedad humana, no del clima, ni del suelo, ni del destino. El problema del hambre es una creación social de la forma en que las sociedades humanas deciden la distribución de sus bienes y sus símbolos y de la legitimación de quienes pueden gozar de ellos y de quienes no, en un mundo de recursos suficientes. Es una crisis tan total que algunos autores la ubican como una "crisis de civilización", porque ocurre en todos los ámbitos: en el de la producción como crisis de sustentabilidad; en el de la distribución como crisis de acceso; en el del consumo como crisis de comensalidad.

La esfera valorativa de la crisis de sustentabilidad y acceso. Tal vez en Latinoamérica la crisis de sustentabilidad se visualice mejor que en otros lugares del mundo –que cuidan su medio ambiente exportando las industrias sucias fuera de sus territorios–. Pero la producción agroalimentaria actual, muy dependiente del petróleo –no por el combustible que mueve los tractores, sino por las largas cadenas de hidrocarburos que componen los agroquímicos–, se ha comportado como una industria depredadora. La extensión de la frontera agraria amenaza la biodiversidad; bosques y humedales son incorporados a la explotación sin medir las consecuencias en el equilibrio general. Sin embargo, no ha sido por la extensión de las fronteras, sino por el aumento de la productividad, que se llegó a la disponibilidad plena. Esa productividad está basada en los agroquímicos que emporcan los acuíferos, eliminan la diversidad y homogeneizan y fragilizan los entornos naturales, poniendo en duda su continuidad futura. Hoy los inputs energéticos de nuestros alimentos son tantos como lo que se logra producir, pero el petróleo es un recurso no renovable. Urge cambiar hacia una agricultura respetuosa y sustentable. Pero el problema no solo está en la tierra. La depredación de los mares ha hecho colapsar caladeros (bacalao del mar del Norte, merluza hubsi en el mar argentino), ha llevado a la cría descuidada (camarón en India), y a contaminar las costas. Hoy hay producción suficiente para sostener la disponibilidad plena, pero con esta manera de producir no hay garantías que se mantenga mañana. En los países de Latinoamérica se pone la población ante una falsa antinomia: producción depredadora o pobreza. Sin duda es lícito que los países busquen autonomía alimentaria; producir sí, pero no a cualquier costo. Estamos frente a un problema valorativo, no a un problema técnico. Las concepciones antiguas situaban al ser humano como rey de la creación y permitían su abuso de la naturaleza (cuando por la tecnología que tenía poco podía hacer para dañarla); ahora se prolongan y legitiman el abuso y el descuido del medio ambiente, pero con tecnología pesada. La crisis de acceso es quizás la más evidente ya que el 30% de las personas se quedan con el 80% de los recursos alimentarios en Latinoamérica y debemos soportar la vergüenza de millones de desnutridos con disponibilidad excedentaria. Volvemos a situar la crisis en la esfera valorativa, del derecho a la alimentación y la legitimación de la apropiación diferencial de unas clases, de un género y unas edades sobre otras.

El problema silencioso de la comensalidad. La tercera problemática es aún más silenciosa: en el consumo se da una crisis de comensalidad, de compartir el alimento. Desde el omnivorismo que hizo

al evento alimentario complementario y colectivo, hemos comido con otros, y todas las culturas humanas recubrieron de relaciones especiales el acto alimentario. Y a los saberes acerca del buen comer lo llamaron gastronomía. Saberes acerca de la combinatoria de los sabores, de las preparaciones y los platos que –como reglas– organizan el evento alimentario dándole sentido a cientos de pequeñas acciones mitificadas que organizan espacio, tiempo, géneros y edades en formas conocidas y esperables. Estas reglas de combinatoria, estos sistemas culturales –por tanto arbitrarios– de clasificación que los humanos imponemos a lo comestible transformándolo en comida, se han comparado con una gramática; por eso se habla del lenguaje culinario. En las sociedades urbanas-industriales-posmodernas este lenguaje de lo culinario, este comer con otros también está en crisis y crece el picoteo solitario, donde el otro cultural desaparece (real e imaginariamente) constituyéndose un comensal sin reglas, comiendo solo cuando tiene hambre (y puede pagarlo), picoteando frente a la heladera o el kiosco, sin normas ni combinatoria, sin el otro cultural. Se pasa de la gastronomía a la gastro-anomia, no porque no haya reglas, sino porque hay demasiadas. Médicos, cocineros, publicistas, ecónomas, nutricionistas, profesores de gimnasia y la abuelita (como representante del patrimonio gastronómico) nos dicen permanentemente qué comer. Tantas normas, tantos valores reconocidos (la salud, el gusto, la belleza, la economía hogareña, el cuidado del cuerpo, la tradición) terminan por confundir al sujeto actual, que las sigue todas sin seguir ninguna: alternándolas. Y así las normas se dejan al arbitrio del único que siempre es la continuidad normativa: el mercado. Un mercado que en este tiempo ha destruido la diferencia entre la producción de mercancías y de alimentos (véase si no los no alimentos, antinutrientes o comida chatarra) que deben ser buenos para vender antes que buenos para comer. Este comensal solitario, pero masivizado por los medios manejados por un mercado de alimentos, come sin reglas o con normas enajenadas acerca de su alimentación, no porque no las tiene sino porque tiene demasiadas. Nuevamente estamos frente a un problema valorativo.

Crisis de seguridad alimentaria y derecho a la alimentación. He aquí por qué se habla de crisis de civilización. Pero me permito dudar no de la crisis, sino del presupuesto apocalíptico de que sea una crisis de civilización. Preferiría situarla como crisis de seguridad alimentaria, del derecho de todas las personas a una alimentación nutricional y culturalmente adecuada. Vista desde el derecho, podemos analizar la crisis como eminentemente humana y como social, no dependiente del clima, ni del suelo, ni del destino, sino de la manera como los humanos elegimos organizar nuestras relaciones (entre nosotros mismos y con muestro medio). Y si es una crisis del derecho a la alimentación, entonces se sitúa por completo en la esfera de los valores que legitiman este abuso depredador del medio ambiente, que provoca la crisis de sustentabilidad. Legitiman el acceso restringido provocando la crisis de equidad y legitiman la desestructuración de la gramática culinaria convocando al comensal solitario masivo. Si esto es así, debemos señalar que es un problema complejo, y los problemas complejos no tienen soluciones simples. No debemos buscar soluciones mágicas (se llame producir soja, entregar cajas, formar comedores o instar a la solidaridad) y abordar la ímproba tarea de revertir una crisis estructural, que además compartimos en estos tiempos con gran parte del planeta, lo cual no nos exculpa, sino que hace la solución más compleja. Además hay que remarcar un tema: sociedades como las latinoamericanas, donde cerca de la mitad de la población no tiene acceso a las condiciones básicas para desarrollar su vida, son sociedades que han colapsado. Porque una crisis que afecta tanta población es un problema que afecta a toda la población, no solo a quienes la padecen. Por eso debemos situar la problemática alimentaria dentro de la problemática de la pobreza y la exclusión, las cuales requieren soluciones globales, porque será imposible solucionarlas de a partes, por sectores. Una solución que alcance a todos (y en esto estamos incluyendo a los pobres y a los no pobres, a los que tienen hambre y a los saciados) debe pasar por la sociedad como un todo. Si la crisis es estructural, la solución también debe serlo: o alcanza a todos o no hay tal solución.

Los valores en una respuesta estructural. Es muy importante y sin duda vital para la urgencia y para la cobertura (aunque no suficiente) implementar políticas activas desde el Estado. Pero tampoco basta con apelar a la solidaridad. Frente a una cuestión estructural, necesitamos una solución estructural porque está en juego el cimiento mismo de la sociedad. Por eso es importante hablar de los valores que llevaron a esta crisis y de los que necesitamos para revertirla. Valores como parte del horizonte de sentido que se da una sociedad para justificar su existencia y para que sus miembros sientan que vale la pena vivir y tener hijos en ella. La posición valorativa de los años noventa respondió por un lado a la profundización del modelo de acumulación económica aperturista (que en realidad se impone a la región desde mediados de los años setenta) en una sociedad disciplinada por la experiencia horrorosa de la hiperinflación. Pero por otro lado se exaltaron valores que entronizaron la salvación individual (aunque el otro perezca), la hipocresía del lujo extremo frente a la

pobreza extrema y, lo peor, la des-responsabilización del destino colectivo, ya que cada uno debía vivir para sí siendo solo reponsable de su propia riqueza o pobreza. En este marco, el rol del Estado como árbitro estaba cuestionado (nadie discute que ciertos mecanismos del Estado de bienestar habían entrado en crisis), pero en los valores noventistas el Estado debía ser llevado por la mano invisible del mercado a su mínima expresión. También la sociedad, en los valores del neoliberalismo económico, debía ser llevada a su mínima expresión, y vivimos la demencia de oír que era el consumo lo que nos volvía ciudadanos. En sociedades urbanas donde el ingreso depende del salario y la destrucción del aparato productivo genera desempleo, sin ingresos no hay manera de comer (ni de vivir). Sabemos que la exclusión se resuelve con trabajo, que en el pasado ha sido la herramienta de la inclusión social más efectiva y digna, pero también sabemos que recuperar la capacidad de trabajo para millones de desocupados lleva años y que no podemos esperar. No podemos perder de vista que estamos conviviendo con generaciones que son hijas del desempleo, e hijas de los comedores. Generaciones que han crecido sin conocer la capacidad incluyente y socializadora del trabajo, sin la capacidad incluyente y socializadora de la comensalidad familiar. Porque los valores desintegradores que vivimos en la década de los noventa se reflejan en las formas de comer –de los que tienen y de los que no tienen, aunque por distintos elementos–. Retrocede la mesa familiar y avanza la comida desestructurada, el picoteo donde se rompe la gramática y aparece el individuo solo, comiendo sin reglas, sin compartir real y simbólicamente su alimento. ¿Cómo revertir esta situación?: en principio reconociendo la crisis alimentaria como parte de la exclusión social y como tal un problema social no de los pobres, sino de toda la sociedad. El politólogo inglés Ralph Dahrendorf escribió: "*Si hay un 5% de excluidos es un escándalo moral para los no excluidos*". Asocia exclusión con dignidad y piensa que la dignidad es la base de la comunidad humana.

La alimentación como derecho humano. El concepto de seguridad alimentaria como derecho permite situar la alimentación dentro de la estructura de derechos de la sociedad y recoge un concepto muy caro a la antropología alimentaria: en la alimentación se refleja la estructura social. Podemos ver nuestro futuro analizando nuestra alimentación, porque lo que hagamos con la crisis alimentaria lo haremos con nuestra sociedad. La Declaración de Derechos Humanos de 1948 habla de la dignidad antes que de los derechos, porque la ciudadanía se compone no sólo de derechos civiles, sino también de derechos políticos, sociales y culturales. No deberíamos hablar solo de cumplir las obligaciones, sino de asumir los deberes (imperativo ético para el cual el Estado no tiene ninguna medida, ni coercitiva ni punitiva) que tienen que ver con el compromiso, pero también con el pragmatismo y con el deseo de supervivencia como comunidad. El Estado puede estimular y arbitrar los intereses sectoriales, pero es necesario que se comprenda que la problemática de la exclusión social vuelve al resto de los problemas y sus eventuales soluciones: temporales y relativas. El Estado ha de convocar a un pacto solidario de inclusión social acordando que hay una prioridad común y precedente a todos los intereses, que hay un compromiso que asumir y una cuestión que resolver con urgencia. Pero el Estado también debe resolver esta problemática en forma continua y más allá de las administraciones, porque a esos jóvenes hay que llegar con nuevas herramientas, con planes de formación para reinsertarse en un mundo que les es completamente ajeno. Una sociedad no puede vivir, crear, trabajar, educarse o desarrollarse en medio de semejante escándalo moral.

Referencias

Patricia Aguirre. *Ricos flacos y gordos pobres: la alimentación en crisis*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2004. - Patricia Aguirre. Antropología de la alimentación, en Amado A. Millán Fuertes (comp.), *Arbitrario cultural. Racionalidad e irracionalidad del comportamiento comensal. Homenaje a Igor de Garine*, Alifara Estudios, 2005. - Patricia Aguirre. *Estrategias de consumo: ¿Qué comen los argentinos que comen?,* Buenos Aires, Miño y Dávila Editores, 2006.

Derecho a la alimentación

Sebastião Pinheiro (Brasil) - *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

El contexto de surgimiento. El derecho a la alimentación es un nuevo término de reacción al orden internacional y a las normas de los mercados alimenticios. El hombre, desde su surgimiento, busca liberarse de la madre naturaleza y eso ocurre de forma creciente en todos los aspectos, pero jamás conseguirá liberarse de ella para su alimentación, pues todos los alimentos salieron, salen y saldrán de la naturaleza en el futuro. Sin embargo, cada día es más difícil conseguir alimentos en la naturaleza sin tener cómo pagarlos y cada día están más caros, por su producción, clasificación, tipificación, homogeneidad, calidad, industrialización, empaque y una serie de servicios de interés de la comercialización y la industria internacional de alimentos. La comercialización y la industrialización internacional de alimentos están restringidas a pocos cereales, frutas, hortalizas, tubérculos y raíces; lo mismo ocurre a los productos animales, a los peces y las aves. En la

última década, con el nuevo orden de la Organización Mundial de Comercio, hubo un perfeccionamiento del Orden Bilateral de Yalta a través de las políticas de los organismos multilaterales de las Naciones Unidas (FAO, OMS, UNIDO, OCDE, GATT, FMI, etc.) y las políticas de "ayuda internacional" de los países industrializados trajeron gran pérdida de la biodiversidad en la dieta de los pueblos en todos los continentes en interés de las *traders* y *brokers* de la industria y distribución multinacional de alimentos. Eso provocó el hambre como un arma ideológica de alineamiento incondicional y aceptación de las imposiciones. La agricultura industrial aplicada en países no industriales sirvió para el drenaje de riquezas y empobrecimiento de toda la sociedad y la desestructuración de las agriculturas existentes. No sabemos lo que significa en cantidades o dinero el comercio local de quinua, kiwicha, amaranto, jicama, ahipa, capulines, chilacayote, teff, ensete, ulluco, mauka, mashua, arracacha, nopal, ñame, achirra, cuis y guacholote, por citar solamente algunos de los principales alimentos de las dietas de los campesinos del mundo que ahora reciben una clasificación botánica y son tratados con exoticidad en investigaciones de las universidades e institutos para crear los nichos de mercados futuros y sofisticados para los países ricos. En las más lejanas escuelas latinoamericanas se sirve obligatoriamente, a los estudiantes hijos de campesinos y de indígenas, la "sopa marucha" del cartel de los alimentos Cargill, Bunge, Nestlé, Phillips Morris, ADM/Töpfer, André, con soja y maíz o trigo con gusto de pollo, carne o camarones. La mayoría de las veces es comercializada por el Estado a nombre de las obras sociales. Al mismo tiempo, en el mercado la publicidad y propaganda promueven el aumento de consumo de comidas y bebidas artificiales de alto precio con relación a su baja calidad. Esto empezó con las campañas oficiales internacionales y nacionales de sustitución de la leche materna por la leche en polvo, después de la Segunda Guerra Mundial. El resultado fueron las epidemias de diarreas infantiles con alta mortalidad por la mala calidad del agua utilizada. Pero nada de eso se hizo público por ser considerado subversivo a los intereses de venta de leche en polvo. Para eso la gran biodiversidad de semillas de los campesinos, que tenían alta seguridad local y garantía de producción constante, fueron sustituidas por las semillas híbridas del mismo cartel anterior interesado en cambiar las dietas para facilitar sus negocios internacionales y nacionales.

Seguridad alimentaria, comercio global y autonomía alimentaria. Cuando Hernando de Soto llegó al Perú quedó sorprendido de que los nativos no conocieran el término hambre y su contenido político, aunque tuvieran un territorio y clima extremadamente áridos. La tecnología del *charqui*, *chuño* y otras dejó maravillado al "invasor", que aún no conocía la maravilla de las plantas utilizadas en medicina y salud. Durante los últimos cincuenta años el hambre mató más de mil millones de personas en África, América Latina y Asia, por políticas planificadas en los gabinetes gubernamentales y empresariales de Londres, Ginebra, Washington, París y otras subsedes de los países del mundo. Los economistas dicen que en el mundo hay personas que sobreviven con menos de dos dólares diarios. Los medios masivos lo repiten y se preguntan cómo se hace para vivir con ese dinero. Estas cosas quedan en nuestro inconsciente. Cada día percibimos menos que necesitamos comer todos los días y que sin comer no conseguimos vivir o tener salud. Es común a muchas madres pobres preocuparse en enseñar a los niños que no hay nada para comer, como si fuera posible para alguien el comprender que no hay qué comer cuando hay tierra, sol y lluvia en abundancia. Cómo vamos a percibir algo si en las escuelas reciben la única comida del día, una "sopa marucha". Con el final de la guerra fría, el hambre no pudo ser utilizada más como instrumento de punición a los rebeldes, por deshumana. Entonces, las políticas públicas de las grandes empresas internacionales comerciantes de alimentos crearon el término "seguridad alimentaria" para sustituir su política de hambre. Los organismos multilaterales y las grandes empresas transnacionales imponen a los gobiernos la adopción de campañas de seguridad alimentaria, y muchas entidades sociales, sindicatos y organizaciones de trabajadores pasan a creer que el mundo está cambiando, sin darse cuenta de que seguridad alimentaria quiere decir que alguien irá a comer, pero que eso no significará que tendrá autonomía de elegir lo que quiera comer. Un perro o un gato tienen "seguridad alimentaria", pero comen lo que su dueño determina. El campesino del Níger o TChad en África no comerá pan de teff, sino un complejo proteico de soja y maíz transgénicos norteamericanos, que recibirá subsidiado. El teff que él produce no podrá comerlo por el valor que tiene e irá a las sofisticadas tiendas ecológicas europeas, japonesas y norteamericanas para ser comercializado como alimento exótico, por medio de servicios de certificación que agregan el valor para las mismas empresas en sus nichos de mercado. Lo mismo ocurre al campesino productor de amaranto, kiwicha, quinua, ulluco, arracacha, frutos, hortalizas, legumbres etc., que por su riqueza mineral o calidad vitamínica son muy cotizados en los países ricos. No tendremos *derecho a la dieta cultural* en nuestra alimentación. La biodiversidad de nuestra dieta costará muy caro y solamente será asequible para quienes puedan pagarla. La discusión ciudadana que debe promoverse no es entonces la de la seguridad alimentaria

de las transnacionales e intereses financieros, sino la de la *autonomía alimentaria* donde se fortalezca la dieta local y tradicional de interés social. Ese sí es el derecho a la alimentación que nosotros debemos defender.

Referencias

Sebastião Pinheiro, Nasser Yousef Nars, Dioclécio Luz (eds.), *A agricultura ecológica e a máfia dos agrotóxicos no Brasil,* Porto Alegre, 1993. - Sebastiao Pinheiro y Enildo Iglesias. *Transgénicos, transnacionales y un gen llamado terminador,* Montevideo, Ediciones Rel-UITA, 1999.

Identidad

La esencia de la identidad es el valor del respeto de la *dignidad humana* (v.). La dignidad humana, como se ha señalado en el campo correspondiente de este Diccionario, se puede entender de diversos modos aunque siempre hace referencia a una o más características de las cuales cabe inferir que el hombre ocupa el lugar más alto en la escala de los seres; sean estas características el alma, la libertad, la palabra, la inteligencia, el conocimiento, la búsqueda de la verdad o alguna otra. Lo cierto es que en las diversas concepciones de la dignidad el hombre tendrá valor y no precio, será un fin en sí mismo y nunca un medio, o será imagen y semejanza de su Dios creador. La dignidad será siempre comparación del lugar que ocupa el hombre en relación a otros seres y, por tanto, será la razón constitutiva de su identidad. Esta comparación, en una concepción universal de lo humano, habrá de valer también para los demás seres humanos haciendo que nadie pueda ocupar como tal un lugar de mayor dignidad que el de otros, tal como sucedía, por ejemplo, en las antiguas sociedades esclavistas. En estas sociedades, la *dignitas* era un atributo diferencial: el amo tenía una y el esclavo otra. Pero la afirmación de la dignidad humana como un atributo universal incondicionado conducirá entonces desde la dignidad a la *igualdad* (v. *Igualdad y diferencia*). La igualdad, siendo un concepto ético, también es un concepto jurídico ya que ha de considerarse que el reconocimiento y la protección de la igualdad jurídica no hace más que materializar la formalidad enunciada por la dignidad de todos los seres humanos. Así ha quedado establecido en el derecho internacional de los Derechos Humanos. La dignidad alude, asimismo, no sólo al ordenamiento jerárquico que es característico de los valores, sino también a aquella característica propia de algunos objetos (que no son cosas o propiedades de cosas) hacia la que apuntan los sentimientos para significarlos como valores por diferencia con los objetos desiderativos hacia los que apunta el deseo. El respeto de la dignidad y la igualdad aparecen ligados primariamente a la identidad como valor trascendente.

La identidad como valor humano. La identidad es, como la vida, la integridad y la libertad, la salud y el bienestar, un valor humano trascendental. A la conjugación valorativa de todos los valores en torno a una idea formal, como la de identidad, podemos denominarla 'valor trascendente'. Por eso son trascendentales aquellos valores que implican simultáneamente una valoración subjetiva y vivencial (v. *Identidad personal*); una valoración social y cultural (v. *Identidad social; Identidad comunitaria*); y una valoración ética y jurídica (v. *Valores éticos; Idea de justicia*). Y esa conjugación valorativa puntual que podemos hacer en torno a un valor como la identidad, requiere asimismo su jerarquización ante los demás valores humanos, lo cual habrá de expresarse en la relación entre valores culturales, principios éticos y derechos humanos, tomando como valor máximo de referencia y atribución a estos últimos. Los valores socioculturales de comunidades determinadas, en sentido temporal o geográfico, cuando confluyen en el tiempo o en espacios más amplios con los valores de otras comunidades, coinciden en el reconocimiento de los enunciados de principios éticos universales. Y cuando esa confluencia crece hasta lograr el concierto universal de los Estados y su reconocimiento jurídico, podemos hablar entonces del universalismo de los Derechos Humanos. Este universalismo no es incompatible, por ello, con el respeto de los valores culturales y comunitarios, sino que origina su afirmación. En 1781 el cacique Tupac Katari fue descuartizado por los españoles luego de una gran rebelión aymara que reclamaba el reconocimiento de sus valores, identidad y forma de vida. La servidumbre indígena en Bolivia continuaría hasta 1952, aunque su fin había sido anunciado en 1810 por los revolucionarios argentinos en Tiwanaku, donde el primer presidente de los pueblos originarios recibiría en 2006, de manos de los curacas, los atributos de poder que ejercería para desarrollar una política de defensa de los derechos humanos. Por eso, la práctica del respeto de cada uno de aquellos valores humanos nos exige captar la existencia de un valor humano problematizado; conocer las evidencias científicas y criterios de eficacia técnica disponible para abordarlo; proteger los valores culturales y sociales solidariamente cooperativos; jerarquizar reflexivamente los principios éticos universales; y reconocer jurídicamente los derechos humanos básicos identificados. Pero es necesario decir que en la problematización de valores dada en casos concretos (v. *Contexto, familia y crisis*), pueden llegar a observarse distintas tablas materiales de jerarquía –tantas como individuos participantes en el debate hubiera– y que la tarea bioética consistirá entonces en cómo alcanzar aquel ordenamiento que nos permita decidir moralmente. El ordenamiento de valores dado en las dimensiones jurídica y social que conducen a la atribución de identidad, es muy distinto al ordenamiento valorativo subjetivo-vivencial. Por eso hay que decir que si

bien la captación de los valores humanos la hacemos por vía intuitivo-emocional, a las verdades científicas, criterios de eficacia técnica, valores culturales y sociales, principios éticos y jurídicos, accedemos por vía intelectual. De allí que el ordenamiento de los valores trascendentales, por ejemplo la identidad, será tanto intuitivo-emocional como racional-intelectivo.

Identidad y cuerpo humano. Puede afirmarse que el valor Identidad sólo tiene sentido por referencia a la fenomenología del cuerpo humano (v.), aunque la sola existencia del cuerpo no nos diga nada en torno al valor en sí. Se ha dicho que una persona autónoma es aquel individuo capaz de deliberar acerca de sus objetivos personales y de actuar bajo la dirección de tal deliberación. Pero también se dice que no todo ser humano es capaz de autodeterminación, ya que esa capacidad madura durante la vida individual; además, algunos individuos pierden esta capacidad por enfermedad, trastorno mental o circunstancias que restringen severamente la libertad. Por ello algunas personas tienen necesidad de una protección extensiva, dependiendo del riesgo de daño y la probabilidad de beneficio (v. *Vulnerabilidad y protección*). La aplicación del respeto por las personas no es obvia en todas las situaciones y remite sin dudas a la identidad particular de cada sujeto. La identidad como valor fundante del deber ser en antropología y sociología no puede confundirse con el mero ejercicio de la autonomía. La identidad implica dignidad como atributo no sujeto a elección, sino determinado por la condición humana y determinante a su vez de la pretensión de integridad de individuos y comunidades. Cualquiera de nosotros, como seres humanos, somos en primer lugar "el ser que donde me piensan soy". Porque solo los individuos humanos pueden concebir lo que un ser humano sea, al pensar en él *desde ellos*. Si no hay 'nosotros', todo vale; y allí donde todo vale nada tiene valor. Es lo que Merleau-Ponty prefigura en su *Fenomenología de la percepción* al tratar de "el otro y el mundo humano" (v. *Alteridad-Otro*). Es también la lección paradigmática encerrada en la identidad que emerge por la memoria viva de quienes reclaman a las víctimas de la desaparición forzada de personas (v.).

Identidad y no discriminación. El respeto de la dignidad y la igualdad como fundamento de la identidad debe evitar la posibilidad de discriminación como lesivas de ese respeto. El concepto de discriminación presupone un trato distinto de las personas con base en elementos 'no relevantes' de las mismas para las circunstancias del caso en cuanto a igualdad ante la ley. Así, las diferencias de sexo, género, características genéticas, nacionalidad, religión o creencias políticas, entre otras, no son elementos relevantes para que las personas no sean tratadas en modo igual ante la ley en cuanto a los derechos y obligaciones constitucionales. Un caso particular son las migraciones desde los países pobres a los países ricos, que han sido seguidas de diversas manifestaciones discriminatorias de la identidad de los migrantes. Así, el presidente Sarkozy en Francia llegó a postular polémicamente en su campaña de 2007 la creación de un Ministerio de la Inmigración y la Identidad Nacional. Simone Veil dijo entonces que prefería hablar de un Ministerio de la Inmigración y la Integración. En esos días se comenzó a exigir visas a los ciudadanos de Bolivia para entrar en Europa. El presidente Evo Morales recordó que en las migraciones norte-sur no había habido visas y que la globalización debía globalizar primero al hombre. Hay tratos distintos, sin embargo, que no necesariamente son discriminatorios: el no permitir el trabajo de los menores no es una discriminación frente a los adultos; los derechos laborales de la mujer referidos a embarazo y maternidad no son discriminatorios frente a los hombres; etcétera. El derecho internacional de los Derechos Humanos ha afirmado el principio de la no discriminación en la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (1965); la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979); y las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993), entre otros instrumentos.

La identidad restituida para su reconstrucción. El régimen de la Alemania nazi tuvo el triste privilegio de ofrecer una casuística tan paradigmática sobre todo tipo de inmoralidades en la experimentación biomédica que dio lugar a sentencias de muerte para siete de los médicos responsables de esas atrocidades, por el mismo tribunal que enunció el Código de Nuremberg. Los experimentos de Josef Mengele con hermanos gemelos de uno o más años de edad en su laboratorio de Birkenau con el fin de purificar la raza aria se cuentan entre aquellas abominaciones. Desde entonces, la cuestión de la identidad genética (v.) ha pasado a ser una de las mayores preocupaciones éticas y así ha quedado reflejado en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (Unesco, 1997) y en la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (Unesco, 2003). Nadie discute que aquellos casos, así como la numerosa casuística de investigaciones médicas no éticas realizadas en Estados Unidos (Tuskegee, Willowbrook, experimentos radiactivos de la Guerra Fría, etc), forman parte sustancial de la bioética. América Latina tiene muchos casos que una bioética auténticamente

universal debe reconocer, muchos de los cuales son referidos en este Diccionario. Entre esos casos, algunos de ellos fueron resultado del terrorismo de Estado en Argentina y otros países. La desaparición forzada de personas y la expropiación de niños (muchos de ellos nacidos en cautiverio) forman parte de una casuística que desborda un simple abordaje legalista y merece una profunda reflexión. Cuando las familias de origen de estos últimos, en una lucha inclaudicable encabezada por *Abuelas de Plaza de Mayo,* reclamaron la restitución de la identidad de esos niños (v. *Identidad familiar y derecho a la identidad*), se creó un Banco Nacional de Datos Genéticos con el fin de obtener y almacenar información genética que facilitara la determinación y esclarecimiento de conflictos relativos a la filiación (v. *Identidad genética*). De ese modo, todo familiar consanguíneo de niños desaparecidos o supuestamente nacidos en cautiverio tuvo el derecho de solicitar los servicios del banco. Sin embargo, en el curso de esos reclamos, se argumentó a veces que los menores estaban integrados a un nuevo núcleo y que el cambio podría afectarlos, que había que tener en cuenta los sentimientos de los menores, que si no se advertía un estado de abandono moral o material por la familia de crianza y su trato había sido bueno y estos no habían participado en la privación ilegítima de la libertad de los verdaderos padres de los menores, no debería innovarse. También se presentaron objeciones a las extracciones de sangre para la determinación de su identidad genética por parte de los que fueran niños y veinte años después ya eran adultos, siendo un motivo de objeción el que esas pruebas podían ser usadas en contra de los apropiadores. Sin embargo, en fallos de la Corte Suprema se sostuvo que era necesaria la protección integral de la salud psicológica de los menores que habían sufrido una grave lesión en los orígenes fundacionales de su identidad, dado que la presencia de situaciones carenciales traumáticas en los meses iniciales podía dar lugar a la posterior aparición de patologías y especialmente en los procesos de ocultamiento al niño de su verdadera identidad; que estos como seres humanos solo podían ser sujetos y nunca objetos de derechos de terceros; que se hallaban en situación de riesgo psicológico derivada del trágico secuestro de sus padres y del ocultamiento de su origen en el que habían sido criados, así como de la brusca irrupción de la verdad en sus vidas; que esos casos conmovían a la comunidad y a sus sentimientos más hondos y arraigados, afectando además al orden de la familia, y se enmarcaban en la práctica de la condenable expropiación de niños; que no eran compatibles con la reconstrucción de la identidad y posición en la sociedad de los menores la postergación de sus vínculos familiares de sangre, el recuerdo de sus padres, y la integración cultural en los padres legítimos; y que debía considerarse el derecho de los padres y de los hermanos de los desaparecidos a ver continuada su descendencia. Se hizo asimismo una distinción entre 'acción traumática' y 'acción reparadora', considerando traumática a la pérdida de los padres, el despojo de la identidad y la exigencia de crecer con un secreto sobre sus orígenes; y como acción reparadora, el develamiento de la verdad. En el supuesto de la extracción de sangre (compulsiva o no en términos jurídicos) para la determinación de identidad genética, la Corte argumentó que no se observaba que la extracción de unos pocos centímetros cúbicos de sangre afectara derechos fundamentales como la vida, la integridad corporal o la salud, y que se trataba de una perturbación ínfima en comparación con los intereses superiores de resguardo de la libertad de los demás, la defensa de la sociedad y la persecución de los crímenes (en la actualidad se han puesto a punto métodos no invasivos para la determinación genética por pelos, análisis de cepillos de dientes, etc.). También se consideró como rechazable el argumento del 'derecho a disponer del propio cuerpo' (v. *Derecho al cuerpo propio*), ya que la negativa no se dirigía al respeto del mismo sino a obstruir una investigación criminal dirigida a alcanzar los valores más altos de la verdad y la justicia. Se consideró entonces que el mejor interés de los menores residía en la experiencia de reconstrucción de su identidad sin que con esto se excluyera el contacto con las familias de crianza de no mediar reparo de los menores u obstáculo judicial. Estos casos nos enfrentan al límite de la reflexión ética porque envuelven supuestos de perversión moral y de mal absoluto. Pero estos casos, que son parte de una casuística de América Latina, nos permiten, entre otras razones, sostener el universalismo de la razón moral en modo congruente con la afirmación de una bioética latinoamericana.

[J. C. T.]

Identidad personal

Gonzalo Serrano (Colombia) - *Universidad Nacional de Colombia*

Preliminar. El problema de la identidad personal es un caso concreto del concepto relacional identidad-diversidad que permite destacar respecto de cualquier cosa lo idéntico en lo diverso, o las posibles variaciones (diversificaciones) que una misma cosa pueda soportar sin perder su identidad. El

origen de estos conceptos se remonta a Aristóteles (*Metafísica*, Libro V, ix, 1017 b 27-1018 a 19) y constituyen un capítulo importante de la tradición metafísica. Aunque el realismo tradicional admite un sentido absoluto de la noción de identidad, en el problema que nos ocupa sólo tiene sentido hablar de identidad relativa, es decir, de identidad en lo diverso, o de diversidad respecto de lo mismo. Fue mérito de Hobbes (*De corpore*, XI, lo mismo y lo diverso) haber roto el compromiso que había en el problema de la identidad, entre otros, con la noción aristotélica de sustancia, en la medida en que, como heredero del nominalismo, deja de referirse al ente y se atiene sólo al nombre con el que se lo refiere o a la representación mental con que se lo piensa. Luego fue Locke (*An Essay Concerning Human Understanding*, II.xxvii, de la identidad y la diversidad) quien profundizó en el problema de la identidad de las personas dentro de una serie de otras cosas como son los cuerpos, las plantas y los animales, basado igualmente en el referente nominal tras haber reducido la tradicional sustancia a idea compleja o colección de ideas agrupadas bajo un solo nombre (II.xxiii).

Identidad numérica e identidad cualitativa. Antes de explicar el concepto compuesto de identidad personal, es conveniente prevenir la confusión entre dos nociones de identidad: la cuantitativa, que denota identidad de individuo, y la cualitativa, que denota identidad de predicados; dos gemelos, por ejemplo, pueden ser idénticos cualitativamente, pero siguen siendo dos individuos, por tanto, cuantitativamente diversos. Alguien numéricamente idéntico admite diversidad cualitativa, por ejemplo en dos etapas de su vida, juventud y vejez; o cuando decimos de alguien que ya no es la misma persona que era antes, estamos refiriéndonos a diferencias cualitativas, no numéricas. Aplicado a las personas, el problema de la identidad consiste en el establecimiento de criterios que permitan reconocer lo diverso en un mismo individuo humano y lo idéntico en sus diversas manifestaciones. Las personas cambian con el tiempo, se comportan de manera diversa según las circunstancias, juegan diversos roles frente a diversas personas; sin embargo, no dejan de ser ellas mismas en tal diversidad. Si extremamos estas circunstancias y condiciones, obtenemos situaciones cruciales, muchas veces ficticias, que permiten afinar los criterios de identidad. El primer recurso fallido para entender la identidad de las personas es suponer un sustrato invariable tanto en las cosas como en las personas; el problema se resolvería entonces mediante una petición de principio: somos idénticos porque hay algo idéntico (invariable) en cada uno de nosotros. Entonces la noción de identidad refiere más bien a relaciones de continuidad a través del tiempo, que se pueden determinar de distintas maneras: como continuidad corporal o física, continuidad mental o psíquica y como una continuidad compleja que involucra y entreteje la continuidad corporal y la psíquica.

Tendencias. En la medida en que nuestra concepción de persona es coextensiva con la de naturaleza humana, es inevitable que la discusión sobre la identidad personal dependa de las maneras como se concibe al ser humano. En una concepción espiritualista de naturaleza humana, se privilegia el componente espiritual frente al corporal, hasta fincar la identidad de la persona y su sobrevivencia (incluso inmortalidad) en el primero. A esta concepción es igualmente inherente el dualismo de los dos componentes, concebidos como cuerpo y alma. Sin embargo, en la medida en que la noción de alma deja de ser filosóficamente interesante desde la filosofía moderna, este aspecto o componente de la naturaleza humana es concebido ahora en términos de mente o psique, dando cabida a las facultades cognitivas, volitivas y emotivas del ser humano sin compromisos con una sustancia espiritual supuestamente simple, incorruptible e inmortal. De esta última concepción de persona o naturaleza humana como ser psicofísico (o biopsíquico), se desprenden tres respuestas generales al problema de la identidad personal.

Identidad física (cuerpo o cerebro). Si se acepta el elemento físico o corporal inherente a la naturaleza humana es posible recurrir a él como índice de identidad o reconocimiento de la misma persona; pero no se puede creer que ‘el mismo cuerpo’ signifique ‘las mismas partículas’ que lo componen, pues es claro que un cuerpo vivo consta de flujo de partículas (incluida la posibilidad de trasplante de órganos y miembros) que no atentan contra su propia continuidad o permanencia en tanto cuerpo vivo. Lo que está en juego aquí es que los cuerpos y su configuración se conservan desde ciertos aspectos, por lo cual es viable recurrir a ellos como índice de reconocimiento e identidad. Sin embargo, encontramos dificultades al tomar lapsos más prolongados, en los cuales se hacen manifiestas diferencias que pueden no satisfacer el criterio de la identidad física o continuidad corporal; por ejemplo las diferencias entre el niño que fue y el adulto que ahora es una determinada persona. Esto nos muestra que el criterio corporal y de apariencia o configuración física, aunque buenos índices en ciertas circunstancias no son criterio suficiente de identidad de las personas. Dentro de la perspectiva corporal se puede afinar todavía más el criterio hasta establecer el cerebro como el órgano del cuerpo en cuya permanencia residiría la identidad de las personas. Pero la opción por el cerebro como órgano destacado con

miras a la identidad empieza ya a combinar otros criterios o perspectivas: se piensa que el cerebro no renueva sus células, a diferencia de los demás órganos, brindando así la condición de permanencia corporal exigida por el criterio físico en su forma más primaria. Además, con el cerebro se rompe la relación implicada en los trasplantes de miembros u órganos, en las que decimos que 'me ha sido trasplantado el riñón, el corazón o la córnea', mientras nos resistiríamos a decir que 'me ha sido trasplantado el cerebro' y más bien invertiríamos la relación diciendo que 'he cambiado de cuerpo'. Sin embargo, lo que parece estar en juego ahora es algo no propiamente corporal, sino la vida mental cuya identidad o continuidad residiría en la permanencia de tal órgano junto con la invariabilidad de sus células. De esta manera, la perspectiva psicológica empieza a permear a la corporal, haciendo patente la insostenibilidad del criterio puramente físico, pues lo que estaríamos garantizando con ese núcleo corporal que es el cerebro sería la continuidad y unidad de la vida mental, es decir cierta conexión de los recuerdos, emociones, deseos, etc. Pero la identidad de la persona empieza ahora a ser supuesta en la vida mental y ya no en el cuerpo vivo. El criterio físico queda pues agotado y pasa ahora a ser abandonado en favor del criterio psicológico.

Identidad psicológica (mente, memoria). Abandonando también el precursor histórico del criterio psicológico (en especial por sus resonancias religiosas y teológicas), a saber, la sustancia inmaterial conocida como alma o espíritu, resta ahora examinar la tendencia que finca la identidad de las personas en aquello que hace a su vida mental única (individual), unitaria o continua en sus diversas manifestaciones. Locke estableció el criterio psicológico en franca contraposición al físico o corporal, a la vez que al sustancial o de permanencia, de una entidad espiritual. Locke sostenía que hasta donde alcance la propia conciencia –léase memoria– hasta allí llega la propia identidad, con independencia de si a ella corresponde un mismo cuerpo o una misma sustancia espiritual o alma: algo así como yo soy lo que recuerdo haber sido y respondo por lo que recuerdo haber hecho. Este criterio ha sido sofisticado en las últimas décadas en la medida en que se ha profundizado en el conocimiento de la psique humana y de su estructura temporal. No son sólo los recuerdos los que nos constituyen, sino también otras facetas de la vida mental que se conectan entre sí y que configuran una trama en la que se vinculan los deseos, las emociones, los pensamientos y demás expresiones de la vida mental en una sucesión temporal. De ahí que como criterio psicológico se requiera la continuidad brindada por la transitividad que permiten los nexos en las diversas manifestaciones de la vida mental. Sin embargo, este criterio también ha encontrado sus límites al admitirse la posibilidad lógica de aislar las memorias respecto de su agente individual, de manera que quien recuerda no sea necesariamente el agente de los eventos recordados. La vida mental continua, criterio psicológico de identidad, no implicaría la identidad de la persona; dos personas podrían tener segmentos de recuerdos iguales, aunque solo una haya sido el verdadero agente de los eventos recordados.

Identidad compleja. Los límites de las posiciones unilaterales o reduccionistas de la identidad, tanto la física como la psicológica, conducen a una noción compleja que integre los dos elementos tradicionalmente opuestos o, incluso, ignore tal oposición como un prejuicio heredado. La identidad de las personas se nutre entonces de aspectos encontrados y tradicionalmente opuestos de la naturaleza humana, rezago de la tradición dualista. No basta pues la conciencia que interna o psicológicamente tenga cada uno de sí mismo, ni la sola satisfacción de los criterios externos con los que cumplimos en nuestra apariencia ante los demás. Más bien se requiere de tejido más complejo en el que intervienen ambos aspectos, incluso en el que la polaridad de tales aspectos tiende a desaparecer. Un concepto complejo de identidad pone en correlación elementos de conciencia interna de sí mismo con elementos observacionales externos por los que los demás pueden reconocernos; tal correlación indica que los elementos internos y externos no se pueden considerar por separado, pues la conciencia supuestamente interna que tengo de mí mismo viene retroalimentada, corregida o corroborada por el reconocimiento que encuentro en los demás, y viceversa. De esta manera, la diversidad de roles y relaciones con los congéneres termina por hacer parte del complejo que constituye la propia identidad.

Perspectiva narrativa. Contra la tradición que examina el problema de la identidad de las personas en términos de individuos, surge la noción de identidad narrativa como aquella que inserta toda consideración de la persona en un contexto brindado por la comunidad a la que pertenece (Taylor, MacIntyre, Ricoeur); por tanto la persona no se identifica a sí misma sólo por la conexión de sus aspectos mentales y la continuidad psicológica a lo largo del tiempo, sino también mediante el relato en el que involucra tradiciones y valores en los que está inserta, ya que se considera la persona como esencial y primariamente arraigada en su comunidad. En el concepto de identidad personal se expresan, por tanto, los conflictos de interpretación que provienen de la

confrontación entre liberalismo individualista y contextualismo comunitarista. En esta polémica vuelven a entremezclarse, aunque no necesariamente a confundir, los conceptos que al comienzo se creyó conveniente debían mantenerse separados: la identidad cualitativa y la cuantitativa o numérica. Pues no hay duda de que la narrativa acerca del individuo se asemeja en mucho a una descripción cualitativa, a una sucesión de predicados acerca de un individuo que suponemos plenamente identificado cuantitativamente, es decir numéricamente distinguible.

Referencias

B. Garrett. Personal Identity, en *Routledge Encyclopedia of Philosophy, Version 1.0, London, Routledge.* - Th. Hobbes. De corpore [1655]; versión española de J. Rodríguez Feo, T*ratado sobre el cuerpo*, Madrid, Trotta, 2000. - J. Locke. An Essay Concerning Human Understanding [original 1690, 1694]; ed. P. Nidditch, Oxford, Clarendon Press, 1975 (versión española de E. O'Gorman, México, 1956, 1999). - Eric T. Olson. Personal Identity, en The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Fall 2002 Edition. - Edward N. Zalta (ed.), URL= <http://plato.stanford.edu/archives/fall2002/entries/identity-personal/>. - D. Parfit. Personal Identity, en Philosophical Review 80 1971: 3-27. - D. Parfit. Reasons and Persons. Oxford, Oxford University Press 1984. - P. Ricoeur. *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990 (traducción española, Sí mismo co*mo otro*, Madrid, Siglo XXI, 1996). - S. Shoemaker. Persons and their Pasts, en American Philosophical Quarterly 7, 1970: 269-85. - Charles Taylor. Sources of the Self, Cambridge, Cambridge University Press, 1989 (trad. española, *Fuentes del Yo, Barcelona, Paidós, 1996).*

Identidad genética

Genoveva Keyeux (Colombia) - *Universidad Nacional de Colombia*

De la definición. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el término *identidad como el "conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás*". Asimismo, la expresión "identidad genética" hace referencia, en términos generales y *lato sensu*, al patrimonio hereditario o a la secuencia de ácidos nucleicos (ADN) o genoma, que identifica e individualiza a un ser vivo, sea este un animal o un ser humano. Sin embargo, el término se ha utilizado más en sentido restrictivo, refiriéndose a la especie humana, para designar con él el bagaje genético de cada persona. No obstante, desde hace algunos años, cuando se comenzaron a hacer pedigríes en especies domésticas (bovinos, equinos, gatos, perros y otros) y de zoocría (babillas, ranas, etc.) basados en características del ADN, el concepto de identidad genética se usa también en individuos de otras especies. Vemos entonces que la identidad genética no es algo que privilegie a la especie humana, ya que, al menos en vertebrados superiores, existen evidencias suficientes que permiten afirmar que cada individuo dentro de la especie posee características genéticas propias, más allá del bagaje genético que comparte con el resto de las especies y de los seres vivos. Es posible afirmar que cada persona posee un patrimonio genético que deriva de la evolución de las especies desde los organismos más simples (virus y demás procariontes) hasta los más complejos, y que por tanto comparte filogenéticamente con otras especies una pequeñísima porción genómica de variaciones moleculares, resultado de la combinatoria al azar de los genes heredados del linaje familiar ancestral, polimorfismos que son propios de la especie *homo sapiens sapiens.* Esta última fracción del genoma confiere su identidad genética a cada persona.

Genoma e identidad. Los estudios de ADN (ácido desoxirribonucleico) realizados desde hace varios años mostraron que dos genomas tomados al azar dentro de un grupo de personas poseen una identidad de secuencia asombrosamente alta, cerca del 99,9%. La diferencia que se puede observar entre individuos, alrededor de tres millones de nucleótidos (unidades moleculares de las cuales está hecho el ADN), es decir 0,1% del total de un genoma, es lo que nos diferencia, genéticamente hablando, unos de otros. La identidad genética es entonces el conjunto de características genéticas propias de un ser humano que se pueden encontrar cuando se realiza un estudio del ADN de esta persona. En virtud de la presencia de estas pequeñas diferencias, localizadas en su mayoría en regiones del genoma que no poseen una función biológica –están localizados en las regiones no codantes del genoma–, a finales de la década de los ochenta del siglo XX se acuñó el término *genetic fingerprint* –impronta o huella genética– y estas se utilizaron en estudios de identificación humana con fines forenses, quedando plenamente demostrado que es posible individualizar a una persona mediante un conjunto de variaciones de su genoma, las cuales constituyen una huella tan personal como sus huellas dactilares. Así surge la idea de que cada individuo tiene una identidad genética propia e irrepetible.

Excepciones a la definición. A pesar de que lo expresado anteriormente sea cierto, y tanto la secuencia completa del genoma humano publicada en su versión definitiva en 2003, como los estudios posteriores confirmen la existencia de variaciones únicas en cada individuo, existen varias excepciones a la regla. En los gemelos univitelinos, por ejemplo, aun cuando su patrimonio genético inicial es absolutamente idéntico (provienen de un único óvulo fecundado), existen muchos

aspectos de su salud y de su personalidad que difieren significativamente, y que son el resultado de la interacción de ese genoma compartido con factores externos como la nutrición, la exposición a factores del medio ambiente, la educación, el entrenamiento, los hábitos de vida y otros más, que desconocemos por el momento. Desde el punto de vista genético, cerca del 40% de los gemelos sufre modificaciones epigenéticas de su patrimonio (metilación del ADN y acetilación de las histonas que rodean el ADN), haciendo que la expresión de los genes y, por consiguiente, la susceptibilidad a las enfermedades, sea diferente en los dos. Quizás el azar en las interacciones entre regiones del genoma que actúan en las cascadas de la expresión génica sea también una determinante en estas diferencias de potencialidad de dos genomas originalmente idénticos. Además de estas variaciones, el posible intercambio *in útero* de células entre gemelos dizigóticos (bivitelinos), y las mutaciones del ADN en células somáticas (cualquier tejido, menos el reproductivo) debido a la exposición a diversos factores del medio ambiente o a procesos de alteración durante la transformación tumoral o el envejecimiento celular, pueden modificar el genoma en algunos tejidos, y producir cambios en la denominada identidad genética de una persona. Por todo ello es evidente que, finalmente, el patrimonio genético no es sino una parte, importante sin duda, pero que no contiene el todo, de lo que le confiere su identidad a una persona. Aunque cada individuo tenga una identidad genética que lo caracteriza, la cual se manifiesta como una combinatoria irrepetible de caracteres moleculares, la identidad de un individuo como ser no está dada exclusivamente ni exhaustivamente por su genoma. Asimismo, esta identidad genética tampoco tiene carácter de determinismo absoluto en las manifestaciones biológicas, psíquicas e intelectuales de una persona. Las potencialidades que conlleva un genoma solo se expresarán plenamente si las condiciones que lo rodean así lo permiten o lo desencadenan.

Reduccionismo genético e identidad. Desde una perspectiva reduccionista de la genética, pero sobre todo de sus interpretaciones sociales y políticas, se ha querido equiparar la identidad de una persona o incluso de grupos humanos a la identidad biológica dada por la información contenida en el patrimonio genético. Esta visión pretende desconocer por completo que la identidad de cada persona es un tejido sutil en permanente evolución o devenir, construido a partir de tramas culturales, familiares, educativas y religiosas, en otras palabras, de una historia individual fruto de la experiencia y de las circunstancias. Por tanto, no se puede reducir la identidad individual al sustrato biológico que le da soporte material. Más aún, si nos ceñimos estrictamente al soporte material –el genoma–, la identidad genética de un ser humano es compartida, desde el punto de vista filogenético, con otras especies. La secuencia del genoma, por ejemplo, de *Pan troglodites* muestra que entre un humano y un chimpancé existen muy pocas diferencias estructurales (1,23%), apenas 10 veces más que entre dos humanos. Esto se manifiesta, además, durante el desarrollo ontogenético, en el que los genes que se expresan para dar origen a la arquitectura fundamental del feto humano son los mismos que organizan el plano corporal de una *Drosófila melanogaster* (mosca del vinagre) o un ave. De ahí que la identidad genética sea más un concepto adaptativo y evolutivo que un patrimonio *per se* del individuo. Tomados estos hechos en consideración, se hace más evidente aún que lo que determinará en últimas la identidad de un ser humano, ya sea en la comparación filogenética con respecto a nuestros parientes los homínidos o a otras especies, o en la definición de sus potencialidades o susceptibilidades físicas y mentales, es el resultado de la acción de una cascada de eventos de regulación de la expresión del potencial genético, moldeada de manera directa o indirecta por factores del entorno y estímulos biológicos y sociales, enmarcados dentro de la complejidad sistémica de la cual hace parte cualquier forma de vida.

Abusos en la utilización de la identidad genética de una persona. La tendencia a la sacralización del genoma humano y, en consecuencia, la identificación de su rol con el del principio de la vida, a raíz del Proyecto del Genoma Humano a principio de los años noventa, ha sido un obstáculo serio para el análisis objetivo de los problemas que conlleva la utilización de la identidad genética de una persona con fines abusivos. Un ejemplo claro de esta situación es el fantasma de la clonación humana, que inicialmente confundía en una sola la clonación con fines reproductivos y aquella con fines terapéuticos (obtención de tejidos humanos con propósitos curativos), así como el espectro del mejoramiento de caracteres hereditarios (*genetic enhancement*), que han suscitado un gran número de debates filosóficos-teológicos ajenos muchas veces a la realidad fáctica científica, y a menudo enrarecidos por la politización del discurso, más que una toma de posición razonada de la sociedad. Resultado inevitable de este enfoque ha sido inicialmente la prohibición rotunda de toda forma de clonación, es decir, en últimas, ausencia de regulación jurídica clara capaz de delimitar situaciones y contextos, seguida por una progresiva liberalización de la clonación con fines terapéuticos, permitiendo deslindar explícitamente que (la

identidad de) el ser humano es mucho más que su genoma.

Datos genéticos y derechos humanos. En la actualidad, preocupa mucho a la sociedad las implicaciones de la trivialización de los métodos de análisis del genoma de una persona. Obtener un perfil genético de alguien es algo corriente, hoy en día, en el ámbito de la medicina forense. Los países desarrollados han implementado las metodologías, los estándares de calidad, y venden los paquetes tecnológicos a prácticamente la mitad de los sistemas judiciales de los países del mundo (cerca de 80 de los 179 países miembros de Interpol). Se coteja la identidad genética de dos o más personas para resolver casos de crímenes, abusos sexuales, genocidios, desapariciones forzadas, rapto de menores, litigios de paternidad, reclamaciones de herencias, desastres masivos y reconstrucción de genealogías. Estos perfiles genéticos (también denominados datos genéticos), así como las muestras biológicas de donde se obtienen, se almacenan en bases de datos estatales y privadas, y la utilización de estas para fines distintos de los originalmente establecidos, incluida la obtención de manera subrepticia o forzada de la muestra biológica, puede constituir un grave problema de violación de los derechos humanos. Especialmente, la posibilidad de violación del derecho a la intimidad, de discriminación o estigmatización familiar y social del individuo, de negación del derecho al trabajo, a los seguros, a la escolaridad, etc., por causa de la existencia de esta información en el contexto de un requerimiento judicial, aun habiendo sido declarada inocente la persona, son situaciones previsibles en un mundo en el que los estatutos antiterroristas y de seguridad interna proliferan más que las soluciones a los graves problemas sociales que están en la raíz de las causas de la mayoría de las formas de violencia humana.

Identidad genética y medicina predictiva. Existe otro tipo de identidad genética que se obtendrá a futuro, en la medida en que avance el conocimiento científico. Se trata de las variaciones del genoma localizadas dentro o en proximidad de regiones funcionales, las cuales posiblemente están asociadas –sin ser causales por sí solas– al desarrollo de enfermedades complejas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, ciertos trastornos neurodegenerativos, la diabetes, la obesidad y otras, caracterizadas por la interacción de varios genes (regiones del genoma) con factores del medio ambiente, hábitos de vida, etc., o también asociadas a respuestas farmacológicas (la llamada farmacogenética). Actualmente se discute ya la posibilidad de expedir tarjetas de identidad (*genetic identity cards*) desde el nacimiento, que contengan, aparte de los tradicionales ítemes de identificación civil de la persona, un código de barras u otra forma que permita leer su perfil genético, de manera que la atención médica sea "personalizada". De llegar a imponerse, se estaría violando el derecho a no saber, la libre decisión de no conocer las predisposiciones o susceptibilidades a desarrollar enfermedades que tiene cada individuo. Aunque muy especulativa por el momento, y sin suficientes evidencias científicas que le den soporte, esta área de aplicación de la identidad genética de una persona preocupa desde ya por las implicaciones que pueda tener en los sistemas de salud cada día más privatizados, y por tanto más enfocados a minimizar los gastos médicos en las personas que en cubrir un derecho fundamental a la adecuada atención en salud. Igualmente, preocupa por la posibilidad de excluir de un empleo, de la escolaridad, de los seguros, de las agencias de adopción y otros, y por la estigmatización y discriminación social de las personas, o por la discriminación racista, sexista e incluso homofóbica de la que puedan ser víctimas las personas portadoras de un perfil genético particular. El excesivo determinismo y la capacidad predictiva atribuidos a los genes, aunado a una mercantilización creciente de la biotecnología, la cual se vende sin criterios claros en los países cuya apropiación social de la ciencia es pobre, y que, para colmo, generalmente coinciden con ser los países con menos recursos en salud, y las posiciones científicas y políticas que deliberadamente ignoran o minimizan el papel determinante de los factores nutricionales, de condiciones de vida y trabajo, de salubridad, hábitos de vida, la exposición a factores nocivos derivados de la industrialización, etc., en el desarrollo de estas enfermedades, incorporados a las políticas de salud carentes de una visión ética de las mismas, puede conducir a graves distorsiones sociales de su razón de ser, excluyendo más que resolviendo los problemas urgentes de los países empobrecidos.

Identidad genética y derechos raciales. La identidad genética también se ha invocado en defensa de ciertos derechos raciales, por ejemplo el derecho a tener medicamentos de mayor efectividad en grupos étnicos particulares, en virtud de la presencia de un posible marcador genético (variante en una región específica del ADN) de respuesta farmacológica común a estas personas. De igual forma, los pocos marcadores propios de amerindios o afrodescendientes podrían invocarse como definitorios y decisorios en el contexto de reivindicaciones territoriales, sociales y culturales de los pueblos de América Latina y del Caribe. El abuso, en estos casos, provendría de la manipulación ideológica de una característica biológica que de ninguna manera identifica *per se* la pertenencia a una determinada cultura o grupo humano, a favor

o en contra de otros individuos, abriendo una nueva ventana a la discriminación, las inequidades y la injusticia. El caso de patentes concedidas a fármacos, invocando su mayor efectividad en determinados grupos raciales, es apenas un ejemplo de estas distorsiones ideológicas, políticas y económicas de realidades biológicas que, tomadas aisladamente, son insuficientes o no son concluyentes dentro del contexto en que son utilizadas.

Referencias

International Human Genome Sequencing Consortium. Initial sequencing and analysis of the human genome, Nature 409, 2001, pp. 850-921. - International Human Genome Sequencing Consortium. The Initial sequence of the chimpanzee genome and comparison with the human genome, Nature 437, 2001, pp. 69-87. - Unesco. International Declaration on Human Genetic Data, 2003. Unesco. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 2005. Carta de Buenos Aires. http://redlacbioetica.org. - P. Sankar y J. Kahn. BiDil: Race Medicine or Race Marketing?, Health Affairs, 11 October 2005.

Identidad familiar y derecho a la identidad

Nelly Minyersky y Lili Flah (Argentina) -
Universidad de Buenos Aires

Identidad personal. Según la Real Academia de la Lengua Española, por identidad debe entenderse el conjunto de elementos y circunstancias que permite afirmar que una persona es la que dice ser o la que se busca. Es sinónimo de unicidad afirmar que una cosa es idéntica a sí misma; es decir, equivale a afirmar que es "una misma". La proyección de estas definiciones al ámbito jurídico permite observar que el derecho ha conceptualizado este instituto jerarquizándolo y ampliando su contenido. Originariamente, la doctrina italiana ha considerado la identidad como el conjunto de atributos, calidades, caracteres y acciones que distinguen a un individuo respecto de cualquier otro, y que conforma su derecho a ser reconocido en su peculiar realidad. Cabe partir de la noción de identidad personal como elemento fundante de la identidad familiar. La identidad personal hace que cada cual sea uno mismo y no otro. Vila Coro la conceptualiza como "*la persistencia del ser en su unidad a pesar de sus múltiples cambios y determinaciones*". En suma, es la que podría considerarse que se mantiene igual en el tiempo, la que se vincula con la continuidad y la mismidad, la sustancia única e irrepetible de cada ser humano en particular manteniéndose la misma cualquiera sean sus modificaciones. Ferrater Mora apunta en sentido similar al sostener que la identidad en cuanto absoluta y completa mismidad es la permanencia de la sustancia a través de todos los cambios.

Derecho a la identidad. La identidad personal en su dimensión jurídica es reconocida dentro de los derechos esenciales que gozan los seres humanos por el solo hecho de serlo. En Argentina, así como en otros países de Latinoamérica, reviste carácter de derecho autónomo, de jerarquía constitucional, absoluta e irrenunciable, considerándoselo anterior y superior jurídica y axiológicamente al de la familia o a los terceros. La jurisprudencia reiteradamente ha sostenido que pocos derechos humanos pueden ser más dignos de protección que el de conocer las propias raíces. En este estadio debe diferenciarse la identidad estática de la identidad dinámica. La primera se vincula con la filiación genética, o sea la realidad biológica que se integra con los caracteres identificatorios propios de cada uno, como huellas dactilares, caracteres físicos, fecha de nacimiento, nombre, cuya síntesis se exterioriza en el genotipo único e irrepetible. La identidad personal está compuesta por elementos genéticos o hereditarios y elementos adquiridos. Por elementos estáticos debe entenderse la composición genética; por elementos dinámicos, los provenientes del hábitat y de la experiencia vital. De ahí resulta como conclusión obvia la imposibilidad de reproducir idénticamente a nadie, aun utilizando el procedimiento de clonación. El individuo es único e irrepetible, en especial por la imposibilidad de que lleve una vida similar y recoja experiencias idénticas a aquellas que llevó o recogió la persona que se pretende reproducir. Aunque la composición genética sea la misma entre ambos, por haberse duplicado esta composición por medio de la clonación, las experiencias vitales serán siempre diferentes, y no se habrá duplicado la identidad personal. El contenido dinámico de la identidad personal se integra con el desarrollo psicofísico, con su formación cultural, educación y esencialmente en la proyección histórica existencial de cada persona. Fernández Sessarego afirma que la identidad de cada persona se va construyendo mediante una sucesión de haceres en que consiste la existencia por la adhesión a una determinada concepción del mundo. La identidad cultural se va logrando, precisando, afirmando en el cotidiano discurrir de la existencia. El ser humano se proyecta y se relaciona en sociedad; la forma en que lo aprehende y lo procesa derivará en su fenotipo, lo que va constituyendo el patrimonio religioso, ideológico de cada ser humano. El derecho personalísimo a la identidad personal comprende ambas fases: la estática y la dinámica, protegida por normas de raigambre constitucional. La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por Naciones Unidas en 1979, ha sido ratificada por todos los países

que integran América del Sur, pasando a formar parte de su legislación interna y, en algunos supuestos como el de la República Argentina, ha adquirido jerarquía constitucional, la cual implica a la vez reconocimiento y protección. El derecho a la identidad está consagrado en forma expresa en los artículos 7 y 8 de la Convención. Artículo 7.1. *El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos*. 2. *Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida*. Artículo 8.1. *Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas*. 2. *Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad*. En sincronía la Corte Suprema de Justicia de Argentina se ha pronunciado sobre la jerarquía constitucional del derecho a la identidad con fundamento en los artículos 33 y 75, incisos 22 y 23 de la Constitución Nacional. También cabe el distingo entre realidad biológica y realidad filiatoria. En el primer caso, se trata del patrimonio genético heredado de los padres biológicos, su genoma. La identidad filiatoria es un concepto jurídico: es la que resulta del emplazamiento de una persona en un determinado estado de familia, respecto de quienes aparecen jurídicamente como sus padres, pudiendo concordar o no con la identidad genética. El derecho a la identidad personal comprende dos facetas, a las que nos referiremos separadamente: a) el derecho de toda persona a conocer su propia identidad personal, y b) el derecho de toda persona a que nadie se inmiscuya indebidamente para alterar su identidad personal, para discriminarla o desmerecerla en razón de esa misma identidad personal. En cuanto se refiere a la primera faceta, esto es, al derecho de toda persona a conocer su propia identidad personal, debemos resaltar que este no puede referirse sino a aquellos elementos de la identidad que sean desconocidos para el titular, como su origen genético y el nombre de sus verdaderos progenitores, y algunos aspectos relacionados con su filiación. La segunda faceta del derecho a la identidad personal constituye un verdadero derecho de la personalidad, puesto que se ejerce "erga omnes"; es un derecho de sujeto pasivo universal: es toda la humanidad, sin excepciones, la que asume una obligación de no hacer: no inmiscuirse indebidamente en la identidad personal del titular, con el objeto de alterarla, y no discriminar o desmerecer a dicho titular en razón de la información que se maneja acerca de esa identidad personal. El derecho a conocer la identidad biológica se encuentra íntimamente vinculado con el avance de la biología molecular. Prácticamente estos avances suponen que la determinación de la paternidad o maternidad por estos métodos otorga una aproximación tal que constituye una certeza. Al facilitarse la comprobación de la paternidad se modifican sustancialmente los parámetros de responsabilidad parental, igualando a ambos progenitores, lo cual se ha proyectado contribuyendo a la no discriminación de la mujer como única responsable frente al acto procreacional. Actualmente las mujeres tienen mayores posibilidades de ejercer por sí y en nombre de sus hijos acciones tendientes a lograr la determinación de los vínculos biológicos. Se integra así al concepto de filiación el de paternidad responsable.

Identidad y filiación. La aparición de las pruebas biológicas, particularmente la de ADN, supuso en el campo del derecho a la filiación y, por tanto, en el derecho a la identidad un giro de l80 grados. Luego del descubrimiento de Watson y Crick, en 1980, se desarrollaron los sistemas de histocompatibilidad y polimorfismo genético. En 1985 Alex Jeffries logró el perfeccionamiento de las pruebas de ADN; la individuación se expresa a través del genoma sin pasar por el genotipo. La identificación del sujeto se hace por comparación de su impronta genética por el patrimonio que ha recibido de su madre y de su padre, llegándose a un grado de certeza que alcanza el 99% o más de probabilidades. Se debe destacar el avance que supone la posibilidad de recurrir a pruebas como las mencionadas y su incidencia en cuanto al incremento de las acciones de reclamación y o impugnación de filiación interpuestas. Las pruebas filiatorias, debidamente reguladas, comportan una herramienta eficaz para la protección integral del derecho a la identidad. Así ha ocurrido en el campo del tráfico de menores, donde identidad estática y dinámica son ultrajadas a un tiempo, pues ambos planos son desconocidos para el menor que es despojado de su verdad personal. En particular, constituyen un valioso aporte para la localización de menores hijos de desaparecidos, nacidos en cautiverio o secuestrados con sus padres, que fueron objeto de tráfico mediante adopciones ilegales y falsas inscripciones. Es significativo el rol que ha cumplido la organización Abuelas de Plaza de Mayo para la restitución identitaria de estos menores. Uno de los debates más controvertidos sobre el particular es la cuestión

de las pruebas dirigidas al establecimiento certero de la identidad, particularmente, en relación con la negativa a someterse o a la validez de su realización compulsiva. Difieren las posiciones según se trate de acciones dentro del ámbito del derecho privado o de acciones interpuestas en el marco de la recuperación de su identidad a los niños nacidos en cautiverio o que fueron privados de ella durante el denominado “Proceso”. En Argentina, el artículo 4 de la ley 23511 dice que la negativa a someterse a los exámenes y análisis necesarios constituirá indicio contrario a la posición sustentada por el renuente. Se entiende por filiación no solo la que deriva del sustento biológico tradicional, sino todos aquellos supuestos en los que el derecho configura el emplazamiento paterno-filial, sea como resultado de cualquiera de las técnicas de procreación artificial o cuando se recurre a la adopción, en la cual no existe base biológica alguna. En todo el proceso de procreación tradicional intervienen solamente un hombre y una mujer, es decir, que no hay intervención de terceros. A raíz de los avances de la biología molecular y la ingeniería genética señalados aparecen nuevas técnicas reproductivas que han modificado sustancialmente este escenario. Aparece la inseminación artificial o terapéutica, la maternidad por subrogación, la donación de semen, óvulos y embriones como nuevas modalidades procreacionales que generan dilemas en el concepto de identidad que se traducen en nuevos paradigmas. La pregunta a formularse en esos casos es cuál de los elementos debe primar a los efectos de determinar la identidad. 1. En los casos en los cuales hay donación de esperma se ha aceptado en lo social y en lo jurídico el anonimato del donante. Habría identidad entre la madre genética gestante y social; en cambio el padre sería exclusivamente social. La voluntad procreacional será la que tendrá el carácter de base fundante de la identidad dinámica. Si bien en algunas legislaciones se mantiene la prohibición de indagar la paternidad genética, en diversos países (Francia, Suecia) se admite la investigación tomándose los recaudos del caso a los efectos de prevenir eventuales requerimientos de datos necesarios en orden a garantizar el derecho a la salud. 2. Puede tratarse de donación de óvulos y esperma con fecundación in vitro e implantación del embrión en la madre gestante, que será a la vez la madre social, al igual que en el otro supuesto. 3. En tercer término aparece como alternativa la maternidad de sustitución que puede dar lugar a distintos tipos de relaciones parentales y modos de reproducción, por ejemplo gestación en una tercera mujer del embrión engendrado por esperma y óvulo de quienes devendrán en padres sociales. Otra posibilidad sería cuando se recurre al óvulo o esperma de uno de los progenitores sociales. Con frecuencia se han dado casos en los cuales quien se presta para ser madre por sustitución ostenta vínculos de parentesco con alguno de los padres genéticos, aquel que ha aportado el material, lo que ha permitido observar alteraciones en las líneas tradicionales de parentesco. Recordemos que en la mayoría de los países, la maternidad se acredita por el parto, constituyendo la maternidad subrogada un ilícito civil. La identidad estática (realidad biológica) de las personas concebidas por alguno de los sistemas descritos es la que corresponde al material genético utilizado. Ello no significa que sus derechos y obligaciones sean distintos de los seres concebidos en las formas tradicionales. Si bien el método de concepción utilizado se inscribirá en sus raíces y su historia, ello no puede traer aparejado ningún tipo de discriminación. Los distintos sistemas de procreación deben ser aceptados social y jurídicamente de modo que no se afecte la dignidad ni el conjunto de derechos humanos que les son innatos. A partir de la noción de identidad personal estática y dinámica se puede construir también el concepto de identidad familiar estática y dinámica. En este estadio cabe esbozar el interrogante sobre el concepto mismo de familia. Muchas son las definiciones que se nos presentan. En especial el análisis deberá mostrar un pensar sobre la familia respecto a determinadas y específicas circunstancias. Es necesario estudiar cuáles son los campos sobre los que se proyectan las obligaciones y derechos que emergen del hecho de que dos o más personas se consideren como integrantes de un grupo al cual la sociedad denomina familia. El análisis debe intentarse desde lo jurídico y desde lo social.

Familia. Se ha definido la familia como un grupo de gente unida por determinadas convicciones o afiliación común. El *Diccionario Legal Black's* la define como el cuerpo colectivo de personas que viven en una casa, bajo la autoridad de una cabeza o dirección. La presencia de determinadas características en las uniones hetero u homosexuales que incluyen la exclusividad, la permanencia de la relación, nivel de compromiso sentimental y financiero, formas en que las partes condujeron su vida diaria y se presentaron en sociedad, la confianza depositada en el otro respecto de asuntos domésticos familiares son comunes al concepto de familia. Para los juristas, la familia es una institución constituida por un complejo de relaciones regidas por normas jurídicas. Es familia aquello que el derecho acota como tal regulándolo. Los sociólogos conciben la familia como una realidad social que existe más allá del derecho. Es una institución natural, lo que presupone un nacimiento espontáneo por la simple presencia de los hombres en el mundo. Como institución, la consideran prejurídica; se produce el modo de ser

social y sus posteriores cambios que el derecho a posteriori refleja rezagadamente. Para Durkheim, la familia es una institución social, una sociedad regular cuyos integrantes están ligados jurídica y moralmente los unos con los otros. Es conocida la definición de familia como una pluralidad de personas que se encuentran sujetas a la potestad de uno solo. En esta definición que se corresponde con un tipo de familia llamada patriarcal, la figura que se dibuja es una unidad política o cuasipolítica en la cual son notorios los vínculos de sujeción y de autoridad. El tipo de familia patriarcal había quedado barrido y borrado por el individualismo que imperó por lo menos desde el triunfo de la tesis del racionalismo filosófico y jurídico. Este individualismo se plasmó sin duda en los códigos civiles, aunque paradójicamente el modelo de familia que los códigos recibieron contenía todavía rasgos en la familia patriarcal. Los sociólogos han destacado la evolución que la institución familiar ha experimentado en nuestro tiempo, desde lo que se llama familia extensa o la familia linaje (que era normalmente un grupo familiar amplio que convivía en la misma casa y llevaba a cabo una empresa familiar) hasta lo que los sociólogos denominan hoy la familia nuclear, que está formada por una pareja y la progenie de la misma, mientras esta última se mantiene en la menor edad o no alcanza por la vía de la ocupación de los puestos de trabajo la plena independencia económica.

Identidad familiar. La identidad familiar se puede considerar desde dos ángulos: uno ligado estrictamente a la identidad personal, identidad que lleva a la pertenencia dentro de un grupo familiar determinado con los derechos y obligaciones correspondientes. Este ángulo equivale en principio a la identidad estática: conocer quiénes fueron sus genitores y por tanto con quién le unirán vínculos de parentesco. El otro ángulo es estudiar la identidad familiar como categoría. Las relaciones entre familia y derecho podrían graficarse como dos círculos secantes entre los cuales hay una sola zona común. Habría de este modo un campo de la vida familiar regulado por el derecho –derecho de familia– y un amplio campo de la vida familiar extraño o ajeno al derecho, que podría considerarse dentro de lo que Carbonier ha llamado "el no derecho". Las angustias que pueden existir en una sociedad se profundizan en el ámbito de la familia cuando la disyuntiva se plantea sobre el rol del Estado y los límites de su intervención. Es importante analizar con qué política (regulación social) se fomenta un determinado tipo de familia o se contribuye a su cambio o extinción. Preguntarse cuál es el límite entre lo privado y lo público, y encontrar el equilibrio que deberá existir en el todo, es tarea harto compleja. Entre lo individual y lo colectivo se genera un compromiso que se renegocia en forma permanente. La familia entendida sobre la base de los conceptos expuestos permite admitir la existencia de su identidad como tal, incluyendo la familia tradicional, la homosexual, la monoparental, la que deviene de la filiación legal, así como las que se originan en las nuevas técnicas de reproducción. Cabe el interrogante si existen elementos comunes que hacen a la identidad y que aparecen como características propias en cada una de esas categorías. Esa identidad familiar será única e irrepetible, distinta de la identidad personal de los miembros que la integren, pero ello no conlleva de manera alguna el considerar la familia como persona o sujeto de derecho ni tampoco la utilización de esta concepción como vehículo discriminatorio o de negación de los derechos fundamentales involucrados.

Referencias

C. Fernández Sessarego. *Derecho a la identidad personal,* Buenos Aires, Astrea, 1992. - María Dolores Vila-Coro. *Introducción a la Biojurídica,* Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 1995. - Gonzalo Figueroa Yánez. *Derecho Civil de la Persona del Genoma al Nacimiento,* Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile, 2001. - Salvador Bergel, Nelly Minyersky (orgs.). *Genoma Humano,* Buenos Aires, Rubinzal Culzoni, 2004.

Identidad social

Alejandro Serrano Caldera (Nicaragua) -
Academia Nicaragüense de la Lengua

Definición. La identidad podríamos considerarla compuesta por la convergencia de dos elementos fundamentales: uno cuantitativo, el conjunto de rasgos comunes de una persona o una colectividad, y otro cualitativo, la conciencia que cada uno de ellos tiene de esos componentes comunes, históricos, sociales y culturales que concurren a conformar la identidad personal o comunitaria. El *Diccionario de la Lengua Española* define la identidad como "*El conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que lo caracteriza frente a los demás*". En todo caso, sea que se trate de los rasgos de la persona o del grupo social, la identidad, individual o colectiva, está siempre ligada al concepto de sociabilidad y de intersubjetividad, pues aun la identidad personal, aquella que caracteriza al sujeto en su propia individualidad frente a los demás, es siempre resultante de la confluencia de sus propios caracteres originarios y de aquellos otros que nacen del contexto en que realiza su convivencia y que, proviniendo de la colectividad, se transforman en caracteres internos de la persona, en elementos constitutivos de su propia identidad.

Identidad y ethos. Un elemento fundamental de la identidad es siempre el *ethos*, de donde deriva la ética, entendida como el conjunto de reglas prácticas que norman el comportamiento individual o colectivo orientado a la realización de los valores fundamentales, principalmente del bien y la felicidad. El *ethos* es carácter y comportamiento, esto es, relación mediante la cual el carácter, que caracteriza, se transforma en comportamiento y este, al establecer una conducta individual o colectiva, define el carácter que confiere identidad a la persona o al grupo. Este ejercicio de la libertad del ser humano para construir su propio mundo y construirse a sí mismo es condición de humanidad. A diferencia de los demás seres de la naturaleza que se adaptan al medio, el ser humano trata de adaptar el mundo a sus necesidades construyendo el tejido histórico y social que es su verdadero *hábitat*. La relación necesaria entre la identidad y la ética obliga a tener en cuenta de manera decisiva los elementos cualitativos que, en este caso, serían los componentes del *ethos* y la ética: la conciencia sobre los valores comunes, la racionalidad del comportamiento, la adecuación entre los medios y los fines y el sentido, dirección e intención de las reglas o normas de comportamiento personal o comunitario, así como la estética, la sensibilidad y el mito, que contribuyen a construir la visión y el imaginario de un grupo humano determinado. Sin *ethos*, es decir sin ética, sin racionalidad y conciencia, no es posible la identidad social. La ausencia de estos elementos cualitativos, y la sola presencia de rasgos cuantitativos, permitiría únicamente el establecimiento de la identidad biológica o genética, pero no de la identidad social, que requiere la presencia de los componentes sociales, axiológicos y culturales. La ética es condición de la identidad, de la misma forma que la conciencia que deriva de la razón es condición de la ética, que deviene por ello la acción racional que legitima o no los imperativos categóricos de la moral; por eso la ética es una filosofía de la moral, una filosofía moral.

Identidad y sociabilidad. La sociabilidad es una condición esencial de la identidad. Entre individuo y sociedad existe una necesidad complementaria y no una contraposición excluyente. El sujeto solo puede realizar su individualidad en tanto que sujeto social. En ese sentido la ética, como condición de la identidad, trata de identificar los valores que hagan posible, de la mejor manera, las relaciones intersubjetivas y la sociabilidad. La razón y la voluntad, léase la libertad del hombre, son aquí factores que van a determinar en relación intersubjetiva de razón, voluntad y libertad no solo el lugar que les corresponde ocupar en el orden social, sino la construcción misma de ese orden, sus valores y reglas de comportamiento. Es decir, la comunidad y el sujeto que surgen del contrato social, que es consenso y acuerdo de voluntades, mediante el cual, y siguiendo a Rousseau, la libertad natural, la de los instintos y la fuerza, da paso a la libertad civil, la del acuerdo de voluntades libremente expresadas que da origen a la identidad, la ética, la sociedad, el derecho y el Estado. Este proceso de construcción de la identidad es un auténtico proceso de creación cultural en el que participan, además de la razón, la voluntad y la libertad, la sensibilidad y el arte. Por tanto, la identidad social es formada, además, por elementos artísticos y sensibles y por visiones míticas y mágicas de la existencia. La cultura que da paso a la identidad se forma por la síntesis de todos esos elementos, pues toda cultura que se dirige a la formación de la identidad social es siempre síntesis. La cultura latinoamericana ha sido, sobre todo, una contradicción sin síntesis, lo que ha dificultado la caracterización de su identidad.

La identidad social de América Latina. El problema de la identidad de América Latina, y de la identidad social en particular, se expresa a través de la superposición de diferentes expresiones culturales: la española, la indígena, la negra, los valores de la cultura francesa o anglosajona, que inciden cada una de ellas en sectores sociales diferentes y no integrados. Habría que mencionar también la fractura entre el mundo formal y el mundo real, por la que, mientras por una parte se describe una sociedad inspirada en el constitucionalismo liberal y en las ideas políticas de la Ilustración del siglo XVIII y el derecho público europeo del siglo XIX, por la otra, se mantiene una sociedad premoderna predominantemente agraria, en la que se insertan fragmentos de una sociedad moderna y posmoderna, comercial, financiera y tecnológica. Junto a las superposiciones, rupturas y contradicciones que aún no logran una adecuada síntesis, se produce, por otro lado, el fenómeno de la globalización, que tiende a uniformar en modelos unilaterales y dominantes, sin tener en cuenta rasgos sociales, culturales o axiológicos, los que resultan abolidos ante la tendencia hegemónica de construir una sociedad homogénea y dependiente. Ante esta situación polarizada y contradictoria resulta necesario un esfuerzo consistente que establezca o reestablezca los vasos comunicantes de los diferentes sectores sociales, los que, sin perder la identidad, ni la diversidad, formen parte de un sistema en que la integración de las diferencias y la capilaridad social y cultural conduzcan a la formación de un *ethos* común. No obstante lo anterior, habría que decir que en América Latina hay un proceso vigoroso de identidad en marcha en el arte, la música, la literatura, con mucho más fuerza que el que evidencia la participación

de la razón en el ámbito jurídico y político-social. En este sentido toda identidad social es a la vez identidad cultural y, esta, el resultado de la multiculturalidad, entendida como el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural; de la interculturalidad por interacción de las diferentes formas sociales y culturales en toda sociedad, y de la síntesis, en la medida que en ella se construyen valores éticos, estéticos, políticos y sociales comunes a una colectividad determinada. La identidad social es tanto la coexistencia de la diversidad social y cultural, como la síntesis que resulta de la confluencia y acción recíproca de las diferentes expresiones y manifestaciones. En todo caso, se trata de la unidad en la diversidad que no es ni la separación tribal y hermética de las diferentes identidades, ni la uniformidad que impone el proceso de globalización, sino riqueza plural que surge de las múltiples y variadas expresiones de la razón y sensibilidad humanas, de la ética y de la estética, de los sujetos y de las colectividades.

Referencias

Juan Jacobo Rousseau. *Du Contrat Social* [1762]. - Octavio Paz. *Tiempo Nublado,* Barcelona, Editorial Seix Barral, 1983. Alejandro Serrano Caldera. *La Unidad en la Diversidad,* Managua, Ediciones Progreso, 1998.

Identidad comunitaria

María Margarita Ruiz (Colombia) - *Fundacies*

Cómo se define la identidad comunitaria. En sentido estricto, identidad se define como "calidad de idéntico, conjunto de circunstancias que distinguen a una persona de las demás", e idéntico se define como "que es lo mismo que otra cosa o se confunde con". Para efectos de nuestra definición asumimos la identidad como sentirse identificado con prácticas, valores, principios, acciones (me identifico por lo que soy, lo que pienso, lo que hago); actuar de acuerdo con esas prácticas, principios y valores; ser idéntico a, parecerse a, ser como. En cuanto a lo comunitario, se define como "estado de lo que es común". Lo comunitario entonces lo abordamos como aquello que es común, lo que es de todos, lo que nos pertenece a todos, a un grupo, a un conglomerado, lo que nos une, lo que compartimos y nos identifica. La identidad, entendida así, se construye en el ámbito de lo individual y privado, mientras que lo comunitario expresa lo que es común a un número indeterminado de miembros, es decir, se construye en lo colectivo o público, pero es en la relación o interacción de estos dos ámbitos donde se define la identidad comunitaria, es decir lo que los distingue como una unión, como una comunión de individuos, lo cual igualmente los diferencia de otra comunidad de individuos identificados con otras prácticas, principios y valores diferentes. Esta comunidad de individuos, al compartir esa identidad que les es propia, se convierten en un colectivo comunitario.

Ser y no ser de la identidad comunitaria. Esta reflexión es el punto de partida para definir lo que es y lo que no es identidad comunitaria y cuáles son sus elementos constitutivos. ¿Qué es identidad comunitaria?: un grupo de individuos que se identifican por prácticas, valores y principios, visiones de mundo, creencias que comparten por lo menos en su esencia y que expresan a través de la cultura y, fundamentalmente, del lenguaje; es identidad de valores que expresan diferentes perspectivas de vida; es unidad en valores que se reflejan en normas aprendidas y reproducidas socialmente; es heterogeneidad en la homogeneidad; y complejidad en la relación. ¿Qué no es identidad comunitaria?: no son conductas aisladas, individuales y no consensuadas; no es unidad impuesta, ni principios no compartidos socialmente; no es coexistencia de prácticas sin unidad de principios y valores. En razón a lo anterior, consideramos que la definición de este concepto pasa por el planteamiento de varias preguntas y un intento por aproximarnos a algunas respuestas: ¿sobre qué bases se construyen nuestras prácticas culturales y sociales identificatorias?; ¿cuáles son las redes fundamentales sobre las cuales se construye comunidad?; ¿cuáles son los valores y fundamentos morales que configuran una identidad individual, familiar y comunitaria?; ¿cuáles son los elementos diferenciadores de nuestra sociedad que hacen complejo hablar de una colectividad unida por una única identidad comunitaria?; ¿hay muchas identidades o una sola identidad comunitaria?; ¿la identidad se construye sobre una unidad de valores pero se expresa diferencialmente a través de varias identidades colectivas?; ¿cuáles son esos elementos fundamentales en la construcción de normas y valores comunitarios que le dan identidad a un colectivo?

Bases de construcción de prácticas culturales y sociales identificatorias. En relación con el primer cuestionamiento, acerca de las bases de construcción de una identidad comunitaria, creemos pertinente plantear la discusión en tres niveles: un primer nivel referido a los condicionantes materiales sobre los cuales los individuos y colectivos construyen identidad. Estos se refieren esencialmente a la satisfacción de necesidades básicas, como protección a la vida, manifiesta en la salubridad y todos aquellos medios para conseguirla, la provisión referida al alimento, el vestido, la educación, el abrigo; otra relacionada con la seguridad y la estabilidad como individuos, como familia y como

comunidad. Un segundo nivel referido a los condicionantes definidos por lo deseado individual y colectivamente, sobre los cuales construyo mi realidad cotidiana como individuo y como grupo, y que manifiesto a través de normas y pautas de conducta expresadas culturalmente y a través del lenguaje. Esa construcción se realiza a través de actos de comunicación e interacción comunicativa, buscando elaborar, difundir y aplicar normas éticas y morales a través de las cuales se guía y orienta como colectivo. Un tercer nivel, que denominamos inmaterial y trascendente, el cual involucra los dos anteriores, pero expresa las creencias individuales y comunitarias, lo que creo de mí mismo y de mi comunidad, lo que finalmente guía mis normas morales y éticas, mis valores y mis principios. Estos tres niveles son la base de la identidad comunitaria y allí se conforma una trilogía de lo "ético" individual y colectivo. Los principios compartidos comunitariamente (primer nivel), a través de normas (segundo nivel) permiten el ejercicio libre y en equidad, en justicia, de la vida individual y comunitaria.

Redes sobre las que se construye la identidad comunitaria. Sobre las redes que dan sustento y configuran esa identidad colectiva comunitaria, podemos decir que, en esencia, se conforman a partir de células básicas representadas en el núcleo constituido por la familia, por el hogar-padre, madre, hijos. Los individuos crean tejido social que los integre a partir de compartir en igualdad de conceptos en uno de los tres niveles enunciados: por satisfacción de necesidades, por acatar y cumplir normas o por compartir sus creencias y la construcción y definición de estas. Estas redes son multivariadas, multicompuestas y se originan en un proceso gradual, grupos comunitarios, organizaciones e instituciones, que comparten entre sí las mismas prácticas que los identifican y los convierten en un grupo homogéneo. De allí se deriva la existencia de múltiples identidades, es decir, la cultura propia de nuestros países latinoamericanos está constituida por múltiples y heterogéneas identidades comunitarias, que son, en su grupo primario, homogéneas al compartir lenguajes, prácticas, actividades comunes que producen determinada identidad. Esta diversidad de identidades se construye, no obstante existir en Latinoamérica elementos compartidos por nuestro origen, por nuestra historia, por nuestro medioambiente, y también por nuestras condiciones actuales de desarrollo. Los elementos que constituyen dicha identidad, así como sus condicionantes, nos llevan igualmente a plantear que la identidad comunitaria tiene un carácter dinámico, que no es un concepto estático, sino un proceso social con las implicaciones que esta tiene.

Principios y valores subyacentes a la identidad comunitaria. La construcción de la identidad se deriva de principios y valores que subyacen o son consustanciales a nuestra naturaleza humana y social: respeto a la vida propia y del otro, respeto a la diferencia, sentido de la tolerancia y la convivencia; respecto a las prácticas culturales en respeto a la libertad individual y social; compromiso de participación individual y colectiva; sentido de la equidad y la justicia social; y ejercicio de la responsabilidad individual y corresponsabilidad colectiva. No obstante, estos elementos esenciales, la interacción social, los intereses individuales y colectivos, las relaciones de fuerza transforman en mayor o menor medida estos elementos básicos, llevándolos a límites extremos. Es decir, la construcción de identidad comunitaria sobre la base de antivalores y antiprincipios que han generado o degenerado en una sociedad violenta, agresiva, con principios de autoritarismo, de irrespeto a la vida, a la libertad, sin justicia social, ha llevado a la completa anomia social y, por tanto, a la conformación de identidades contrarias a los principios comunes sobre los cuales se constituye la sociedad y se forman los individuos. En esta tensión entre prácticas basadas en antivalores y antiprincipios y las prácticas basadas en valores y principios moralmente aceptados por la sociedad, se manifiestan elementos diferenciadores que hacen de esta forma imposible hablar de una sola o única identidad comunitaria para Latinoamérica. En consecuencia, existe un continuum que va de los valores y principios consensuados y moral y éticamente aceptados por la sociedad a otro extremo de antivalores y antiprincipios; un continuum que representa una gradación de principios de orden a principios de anomia social. En esta gradación se sitúan los diferentes grupos o comunidades que conforman diferentes identidades comunitarias. El ejercicio social para traer de nuevo al orden y a la conformación de identidades basadas en principios éticos y morales pasa entonces por la discusión de dichas prácticas y la conformación o reconformación de estas a través de procesos de interacción comunicativa y construcción de nuevos lenguajes que lleven a la reconstrucción de valores y principios, involucrando los tres niveles de relación enunciados.

La construcción social y cultural de la identidad. Partimos de la premisa según la cual la construcción cultural y de las relaciones sociales se produce a partir de la construcción de valores y, por supuesto, de la construcción y el respeto de los acuerdos y las normas definidas en ese mismo proceso social y cultural. Esta construcción se realiza a través de acciones comunicativas y acciones estratégicas, que consisten en la posibilidad de validar nuestros acuerdos y desacuerdos

en la construcción de consenso e identidad mediante la interacción comunicativa (diálogo permanente y abierto); el compartir intereses y diferentes perspectivas de vida, en la relación y la interacción en la acción. Es en últimas un cambio de los símbolos y la representatividad de esos símbolos en el lenguaje. A partir de cambios en el lenguaje, el individuo y el colectivo pueden hacer cambios fundamentales en la forma de ver la vida, de pensar, sentir y actuar y, obviamente, en creencias, principios y valores. Desde una perspectiva ética, nos mantenemos en afirmar que una verdadera concepción ética de la vida en comunidad y de prácticas identificatorias se establece sobre valores morales que privilegian la vida sobre la muerte, la construcción sobre la destrucción, la armonía sobre el conflicto y la desunión, la libertad sobre la esclavitud y la opresión individual y social, el respeto a la dignidad humana y a la integridad personal sobre la transgresión al espacio personal y la ausencia de reconocimiento del otro como individuo y como colectivo; y principios de solidaridad (disposición de apoyo mutuo), participación, sentido de pertenencia, seguridad (sensación y certidumbre de tranquilidad en el disfrute de los derechos y libertades individuales y colectivas), convivencia y justicia social. Lo común, la identidad común, sólo es posible en un contexto de orden, no de anomia social. La diferencia debe ser un aporte para la construcción de la identidad y el conflicto solo debe ser un momento del continuum aludido y no una situación permanente de individuos y colectivo. Solo es viable igualmente la construcción en tolerancia y respeto a las diversas identidades cuando la sociedad que las construye se basa en principios de justicia, igualdad, libertad, solidaridad, tolerancia y participación. Allí radica la importancia de analizar la identidad comunitaria desde una perspectiva de la bioética. Cuando en el proceso de formación como individuos y conformación como colectivo se pierden de vista los valores y principios mencionados, damos paso a un total desorden, luchas de intereses, luchas de poder, que se resuelven por la vía de eliminar al otro y no por la vía de la negociación pacífica a través de actos o acciones de interacción comunicativa y de construcción de nuevos lenguajes. Cuando se rompe el diálogo entre individuos y de estos como colectivo, damos paso a la desigualdad y la desunión y, por tanto, imposibilitamos la construcción de lenguajes comunes identificatorios y de identidad comunitaria.

Referencias

Jürgen Habermas. *Identidades nacionales y posnacionales*, Madrid, Tecnos, 2007, 3ª ed. - Charles Taylor. *Fuentes del Yo. La construcción de la identidad moderna,* Barcelona, Paidós, 1996.

Derecho a la imagen y confidencialidad

Carlos Valerio (Costa Rica) - *Defensoría de los Habitantes*

Los derechos de la personalidad. El régimen de los derechos de la personalidad y nombre de las personas se conoce como la protección jurídica que se ofrece al individuo con respecto a la disponibilidad del propio cuerpo, al derecho de la imagen, al derecho al nombre, a la filiación, al seudónimo y al derecho a indemnizaciones en caso de daños o lesiones. Los derechos de la personalidad son los derechos supremos del hombre desde la perspectiva civilista, que garantizan el goce de sus bienes personales. Este tipo de derechos fundamentales, una vez asumidos por el ordenamiento jurídico, pretenden otorgar al hombre el máximo de facilidades y garantías para que pueda, si así lo desea en cuanto ser libre y ello es posible, realizarse como persona, asegurándole normativamente las libertades, creando jurídicamente las condiciones económicas, sociales, biológicas y políticas que le permitan desenvolverse según su íntima vocación. Desde esta perspectiva, la persona no puede ser tutelada por lo que tiene, es decir respecto de sus utilidades y los bienes que estén separados de su personalidad, aun derivando de esta y que recaen sobre cosas del mundo exterior, sino por cuanto *es*, en las facultades inseparables de la naturaleza humana que constituyen razón y fundamento de su existencia y del desenvolvimiento de su actividad para alcanzar los fines esenciales de su vida. El derecho a la imagen es un derecho fundamental en el campo del VIH/sida, que se traduce desde el punto de vista del derecho médico en el derecho del paciente a que se proteja su vida privada y confidencialidad, y en la obligación del secreto profesional del personal sanitario.

El secreto profesional y la confidencialidad. Las reglas deontológicas de la medicina han postulado siempre como principio básico que el médico en su relación con el paciente deba actuar siempre en beneficio de este, tanto en lo personal como en lo referente a su salud y a su vida. El respeto a la intimidad del paciente implica, en primer lugar, no ir más allá de lo estrictamente imprescindible en la exploración médica necesaria para elaborar un diagnóstico correcto. El deber de confidencialidad solo cede cuando así lo establece la ley o se deduce de esta como consecuencia de un estado de necesidad o de una colisión de deberes o lo autoriza el juez según el ordenamiento jurídico. En relación con la tutela de los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH/sida, la protección a la confidencialidad es fundamental. Sobre todo por la moderna dinámica

hospitalaria y la efectividad y agilidad de las comunicaciones, con más cuidado debe respetarse la confidencialidad de la infección a favor de un paciente. A pesar de lo anterior, la confidencialidad acepta excepciones con la condición de que en dicha salvedad se tutelen valores jurídicamente superiores, se respeten los derechos humanos y la finalidad tienda a proteger la salud pública. La necesidad de proteger la vida privada de la persona que vive con VIH/sida y la importancia de proteger la salud pública obligan cada vez más a aceptar la nueva tendencia de aceptar como válido lo que la doctrina ha denominado el paradigma del secreto profesional (Llano, 1991). No es el secreto mismo, ni el valor ético que encierra lo que caducó, sino el contexto y la forma tradicional en que se entendió. En relación con el VIH/sida, en el caso excepcional que un médico tenga la evidencia comprobada de que existe un peligro real de contagio para un tercero (por ejemplo el cónyuge) y con ello un peligro también real para su vida o grave para la salud, y en el caso de que el afectado no esté dispuesto a comunicar su situación a ese tercero ni a tomar medidas preventivas adecuadas, el médico podrá revelarla. Deben darse determinados requisitos, de entre los que puede destacarse el que exige que el mal causado –el atentado contra la intimidad del paciente o del donante– sea menor excepcionalmente que el mal que trata de evitar –la pérdida de la vida o menoscabo del tercero– (Romeo Casabona, 1993).

La notificación de contactos como procedimiento. Con el fin de proteger el bien jurídico vida y con propósitos puramente preventivos, desde la perspectiva de la salud pública y la protección de los derechos humanos, se ha desarrollado el procedimiento denominado notificación a los contactos o de detección o identificación de casos entre parejas de individuos infectados. Al respecto se establece que el médico tratante o el personal de atención en salud debe asesorar al paciente acerca de la obligatoriedad de informar a sus contactos sexuales. Cuando el paciente no quiera o no pueda comunicar el resultado de su diagnóstico, por lo menos a sus contactos sexuales actuales, el personal de atención en salud deberá realizar las gestiones posibles a fin de lograr dicha notificación. El uso de un protocolo que facilite la labor del trabajador de la salud y a la vez permita el cumplimiento de los derechos del paciente tiene como consecuencia unificar los procedimientos de los funcionarios de salud en el momento de notificar a los contactos sexuales. En general, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el sida, requiere la localización de los contactos sexuales de las personas diagnosticadas con el objeto de identificar a las personas infectadas o en riesgo de infección, proporcionar tratamiento, interrumpir la transmisión y aconsejar sobre medidas preventivas futuras. En la medida en que se maneje de forma adecuada la información relativa a la vida privada de un paciente con infección por VIH/sida, se tutelan otros valores de personalidad con la salud y la vida de otras personas.

Referencias

Alfonso Llano. “El manejo del secreto profesional con pacientes con sida”, Aportes de la ética y el derecho al estudio del sida. Publicación Científica Nº 530. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., Estados Unidos, 1991. pp. 148-156. - Carlos Romeo Casabona; María Castellano. “La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto profesional médico y del acceso a la historia clínica”. *Derecho y Salud*. Publicación Oficial de la Asociación de Juristas de la Salud. Vol. 1, Nº 1, julio-diciembre, 1993 (pp. 5-16).

Integridad

Una de las cuestiones que una bioética crítica debe señalar es la limitación conceptual angloamericana introducida en bioética con el concepto (convertido en principio ético) de 'no maleficencia'. El mismo está impregnado de connotaciones biomédicas que excluyen, entre otros, supuestos psicosociales, culturales, económicos y ambientales. Así como el concepto de libertad (v.) tiene mayor amplitud que el de autonomía, de igual modo si sostenemos la expresión 'respeta la integridad' podrá decirse que expresamos más ampliamente un imperativo moral que determina la voluntad, y que este imperativo puede enunciarse en términos de 'no hacer daño', o como se ha repetido incansablemente, del *primum non nocere* hipocrático. De hecho, la integridad ha sido asociada a la protección corporal ante el daño de terceros como en el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) al decir "*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*", y en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) al decir "*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos*". Pero ya la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) adopta una visión que amplía las anteriores al precisar en su artículo 5 titulado 'Derecho a la Integridad Personal': *"1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral"*. Del mismo modo que el hablar de salud (v. *Salud y enfermedad*) en un sentido integral (v.) nos conduce a una práctica muy diferente que la concepción de salud en términos estrictamente físicos, o anatomoclínicos, o de 'normalidad' (v. *Lo normal y lo patológico*); el hablar de respeto de la integridad nos conduce a una práctica –y por consiguiente a una ética– mucho más amplia que la que nos habla de respeto del principio de no maleficencia. Si la identidad personal podría ser enunciada en último término como 'el ser que donde me piensan soy', la integridad personal puede ser enunciada a su vez como la de 'el ser que donde me pienso sigo siendo'. Así, la integridad alude por un lado a aquel subconjunto de la identidad –física, psíquica y moral– que la voluntad afirma en el tiempo, pero a la vez la integridad alude a aquel subconjunto de la identidad –física, psíquica y moral– que la voluntad cambia en el tiempo. Esta dialéctica entre identidad, integridad y libertad (voluntad) nos conduce a una ética más compleja que la de una confusa y oscura ingeniería moral de obligaciones 'prima facie'.

Integridad, dignidad y justicia. Al ver el cuerpo de una persona hambrienta como expresión vulnerada de la integridad (física, psíquica y moral), no es un imperativo de la razón el que se nos impone, como ya hemos dicho (v. *Hambre y desnutrición*), sino un imperativo de la vivencia que captamos en modo inmediato y que sin intermediarios nos hace comprender la verdad moral (en términos de valioso-no valioso, digno-indigno, justo-injusto) sin ningún pensar discursivo. Comprendemos que nos cabe una imperiosa obligación moral porque la captación de lo indigno nos impulsa a restaurar la dignidad. Intuimos en modo sensible, pero también en forma pura, que toda nuestra conciencia moral, todos nuestros valores, brotan del cuerpo de nuestro prójimo. No se trata simplemente de respetar un principio de no dañar en cuanto a no causar hambre a las personas, y de respetar a la vez un principio de autonomía en tanto permitir que las personas procuren su alimento. No se trata tampoco de un 'hacer el bien' de dar alimento a los hambrientos como acción respetuosa del principio de beneficencia. Se trata de reconocer y respetar la dignidad humana como fundamento del respeto de la identidad, la integridad y la libertad de las personas. Y la armonía simultánea de este respeto no puede disociarse (del mismo modo que una sinfonía no consiste simplemente en que las cuerdas y los vientos se ejecuten con independencia del tiempo y forma de los otros instrumentos). En un informe tan propio de la bioética angloamericana como *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment* (USA President's Commission, 1983), se destacó el *valor intrínseco* de la autodeterminación como elemento de estima e integridad personal. Puede decirse que se trata de toda una concesión de la autonomía (autodeterminación) a la identidad (autoestima) y la integridad. Sin embargo, aunque esa consideración es importante, no resulta suficiente para comprender el significado que tiene el valor integridad, en tanto trascendente, de la dignidad humana. Y no es suficiente porque esa consideración se hace desde una visión individualista. Si hay algo que diferencia la autodeterminación como elemento de identidad e integridad, de la identidad e integridad como elementos trascendentes de la dignidad humana, es que la estimación de identidad e integridad personal desde la dignidad humana es considerada a la luz de su pretensión de universalización en tanto estimación que alcanza a *todo* ser humano

por el solo hecho de considerarlo tal. El principio de respeto de la autonomía no es igual a la dignidad humana porque respetar las elecciones autónomas no es respetar a todas las personas. Incluso el principio de respeto de las personas, siendo diferente del de autonomía, no es igual a la dignidad humana, porque respetar las elecciones de sujetos autónomos y proteger a los sujetos con su autonomía reducida no nos permite todavía alcanzar la dinámica que va desde el valor y la valoración hacia la norma o el deber. Decir que hay que respetar la autonomía o a las personas, por ser un principio ético, es una norma o enunciado de deber. Pero la autoestima o estimación de la identidad –de lo que somos–, así como la estimación de nuestra integridad –de lo que queremos seguir siendo–, es un enunciado, en primer término, autorreferencial. Este se convierte en exigencia moral o enunciado de deber hacia nosotros mismos y hacia los demás para con nosotros cuando proyectamos esa estimación propia sobre la convicción de ser una estimación que *debe* alcanzar a todos los seres humanos –autónomos o no– por su sola condición de tales. Se trata de una cuestión que si no reside meramente en la conciencia individual de autonomía, habrá que ir a buscarla en una conciencia socializada de libertad. Se trata de una cuestión de *justicia.* A diferencia de la 'justificación moral' de Frankena, seguida por Beauchamp y Childress, podemos decir que la crueldad con los niños no solo está mal sino que es injusta. Y lo es porque atendiendo a la más simple, formal y antigua de las definiciones de justicia enunciada como "dar a cada uno lo suyo", hacer justicia será dar a cada uno su dignidad, cuando él mismo no pueda hacerlo, como los niños y como cualquier víctima. La dinámica que se genera desde el valor hacia el deber de realizar ese valor en el mundo rompe con la distinción racionalista entre juicios morales justificados e injustificados que se introdujo desde las 'teorías de la justificación moral' como el principialismo. En esa ruptura, la moral de la que trata la bioética ya no será meramente una cuestión 'académica' de justificación o no, sino también cuestión de autoestima, de valores, convicciones y exigencias puestas en el curso de las prácticas sociales con el respaldo de la integridad moral de cada sujeto. Esa integridad moral puesta en juego implica el respaldo de la ética con el cuerpo propio. En su situación límite, esta es la conducta del héroe. De allí que la *justificación racional* es un paso de la praxis moral, pero aun así no es ni el primero ni el último. No es el primero que siempre supone una intuición inicial del valor ético. Y tampoco es el último, ya que siempre supone una virtud para la realización final del valor en el mundo.

[J. C. T.]

Derecho a la integridad

Alfredo Kraut (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Definición y noción jurídica. "Integridad" es una palabra vinculada con el latín "integer" –entero, intocado, intacto–. La integridad personal alude a la condición de "completo, íntegro" y se aplica "a la cosa en que no falta nada de lo que la constituye normal u originariamente" (María Moliner, *Diccionario de Uso del Español*), y al equilibrio armónico entre los aspectos corporales, psicosociales, intelectuales y morales en la vida de una persona. El derecho a la integridad psicofísica es amplio e implica la protección de la persona como unidad psicosomática ante la amenaza o el atentado, es decir, frente a actos de terceros que intenten afectarla, provengan estos del propio sujeto, de particulares o del Estado. El cuerpo del ser humano es indisponible, aunque la propia persona pueda disponer de él dentro de ciertos límites marcados por el orden público, la ley, la moral, las buenas costumbres y el debido respeto a la vida y a la salud, incluso la propia. El derecho a la integridad comprende los derechos a conservar todas las partes del cuerpo, a no ser torturado ni recibir tratos inhumanos, a que no se le apliquen técnicas que afecten la autonomía de la mente –como el lavado de cerebro o la hipnosis–, a no ser sometido, sin su libre consentimiento, a experimentos médicos o científicos, a que se respeten sus convicciones, su honor, etc., y los correlativos deberes del Estado y los particulares. Se trata de una extensión del derecho a la vida y al cuerpo. La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por las Naciones Unidas en 1948, reconoce específicamente en su artículo 5: "*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*". Posteriormente, en los dos instrumentos establecidos por las Naciones Unidas para promover el cumplimiento de la Declaración –el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)–, se ratifica y amplía este principio protectorio de la integridad. El 10 de diciembre de 1984 la ONU adoptó la Convención sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos reafirmó, en su Declaración de Viena (1993), el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales –sin distinción alguna–: entre ellos ratifica la

Convención contra la Tortura e insta a los Estados miembros a ratificarla igualmente. Los derechos contenidos en estas cartas, pactos, declaraciones, convenciones, son derechos genéricos que amparan a todos los seres humanos sin excepción y, por tanto, aseguran la integridad personal de todos los individuos. El derecho internacional llamado "consuetudinario" contiene principios jurídicos ampliamente aceptados por los gobiernos, y por ello, vinculantes: la protección contra la tortura y los tratos inhumanos y degradantes es parte del derecho internacional consuetudinario. Las declaraciones son grandes directrices que, cuando reúnen el consenso necesario, permiten el surgimiento de las convenciones. Algunos instrumentos contienen, como se advierte, normas imperativas de alcance general; otros establecen normas puntuales para determinadas categorías de personas.

El derecho a la integridad de los pacientes mentales como modelo. Los pacientes mentales constituyen –entre los grupos humanos– un paradigma de vulnerabilidad y desprotección, ya que sufren no solo los padecimientos de sus patologías, sino el estigma, la discriminación y la marginación. Son, asimismo, emblema de hiposuficiencia jurídica, lo cual incrementa las posibilidades de que se violen sus derechos humanos. Por la razón de su extrema desprotección, se toma aquí como ejemplo, valedero para la comprensión cabal del derecho a la integridad, el caso de los pacientes mentales, a fin de centrar en un modelo límite el análisis de este derecho a la luz de los instrumentos jurídicos existentes. Aunque las declaraciones, pactos y convenciones generales brindan las pautas básicas del respeto universal de la integridad de todas las personas, algunos de los documentos protectorios de los derechos humanos establecen pautas en el orden internacional destinadas a preservar la integridad corporal, mental, moral y social específicamente de los pacientes mentales, particularmente de quienes se hallan institucionalizados –voluntaria o involuntariamente–, en condiciones que afectan su integridad personal. Las restricciones que se aplican hoy a personas sujetas a tratamientos psiquiátricos son variadas, y de no cumplirse con ciertos requisitos, constituyen violaciones a su derecho a la integridad. Entre tales restricciones, se cuentan: 1. Internación involuntaria o forzosa, que suele fundarse en la peligrosidad para sí o para terceros, o en la necesidad de tratamiento, y cuyo contenido es la pérdida de la libertad. 2. Aislamiento terapéutico (*seclusión*), o sea la instalación de un paciente en una habitación cerrada. 3. Inmovilidad o sujeción terapéutica, definida como la fijación de, al menos, algunos miembros del paciente mediante dispositivos mecánicos. 4. Tratamientos sanitarios forzosos, es decir, la imposición de terapias sin que medie la voluntad personal del paciente. Los principios más generales adoptados por las Naciones Unidas, y referidos a las personas con sufrimiento mental son la Declaración de Viena (Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993), los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental ("Principios de Salud Mental", Asamblea General, 1991), las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Asamblea General, 1993), la Resolución 2000/51 (Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2000). Otras instituciones de orden internacional establecieron numerosos códigos deontológicos y normas internacionales tuitivas de los derechos de los pacientes mentales (Kraut, 2006). A diferencia de los pactos y las convenciones, las declaraciones y principios no son estrictamente normas jurídicas, aun cuando sean pautas de interpretación de normas más generales. En el ámbito de la salud mental, los *Principios de Salud Mental* conforman el instrumento de derechos y normas para el resguardo de los pacientes mentales más adecuado y comprensivo, puesto que se orientan a cambiar el sistema de atención en este campo. Se considera a los Principios como el estándar internacional más completo y detallado en la materia. Los Principios postulan que las personas que "*padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esta causa serán tratadas con humanidad y respeto por la dignidad inherente a la persona humana*" ("Principios", 1 [2]), con lo cual especifican para el caso de los pacientes mentales, el derecho a la integridad establecido para todos los seres humanos. Asimismo, constituyen normas de fondo y de forma para evitar las internaciones arbitrarias o abusivas. Si bien no se ha logrado todavía una convención general para extender a todos los países el cumplimiento efectivo de los instrumentos protectorios específicos –y aun no siendo vinculantes–, los Principios estimulan a los Estados a adecuar sus normativas internas a los estándares mínimos que ellos preconizan respecto de las personas con sufrimiento mental, colaboran en la interpretación de disposiciones conexas del derecho internacional consuetudinario de los derechos humanos y en la comprensión de las obligaciones internacionales del país. Se los reconoce así como "derecho blando", o bien como "derecho guía o modelo". Infortunadamente, se dice con razón que *"los países los suscriben porque no se sienten realmente obligados"*.

El derecho a la integridad en los sistemas regionales de Derechos Humanos. Los sistemas regionales de derechos humanos de África, América y Europa cuentan con mecanismos desarrollados para

lograr el cumplimiento de los instrumentos existentes. A través de tales mecanismos, quienes se ven afectados pueden presentar demandas contra los gobiernos ante comités, tribunales o comisiones que establecen los instrumentos pertinentes. La Convención Americana de Derechos Humanos (adoptada en 1969 y en vigor desde 1978) se refiere ampliamente al derecho a la integridad (artículo 5), y reconoce asimismo un importante espectro de derechos genéricos que incluyen en su protección a las personas con padecimientos mentales, sobre todo en lo que hace al respeto por su vida (artículo 4), por su integridad física y moral, aun estando privadas de su libertad (artículo 5, incisos 1 y 2), el derecho a la libertad y a la seguridad personales (artículo 7), el derecho a ser oídas con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial (artículo 8), el derecho a la protección de la ley, sin discriminaciones de ninguna especie (artículo 24). Desde el punto de vista del respeto a la integridad de los pacientes mentales, son particularmente relevantes, en el orden regional americano, el sistema interamericano (Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Internacional de Derechos Humanos, CIDH) y la Declaración de Caracas (Caracas, Venezuela, 1990), adoptada por la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. La Declaración de Caracas opera como una estrategia tendiente a transformar el modelo actual de atención psiquiátrica, gestando normas universales para el tratamiento de las personas afectadas mentalmente. En este sentido, el documento significó un importante y transformador paso de orden legal respecto de la atención psiquiátrica y el avance de los derechos de estos pacientes. Respecto del sistema interamericano, los Estados firmantes de la Convención Americana están comprometidos a respetar todos los derechos que ella contiene, y por tanto, los distintos derechos atingentes a la integridad. Las personas víctimas de violaciones pueden recurrir, en el sistema interamericano, ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, creada en 1959, y conformada para promover los derechos humanos consagrados en la Declaración. La Comisión recibe denuncias individuales de personas provenientes de los Estados miembros de la Convención, o incluso de Estados miembros de la OEA que no ratificaron aún la Convención. Además, está habilitada para elaborar informes generales o especiales sobre la situación de los derechos humanos en el área. Si se trata de informes sobre un Estado, la Comisión debe transmitírselos para que dicho Estado formule observaciones que evaluará la Comisión. Asimismo, la Comisión realiza visitas in loco y tramita peticiones individuales. Las recomendaciones de la Comisión se consideran vinculantes y los Estados Partes de la Convención deben cumplirlas. Anualmente, la Comisión presenta un informe ante la Asamblea de la OEA. Las personas que padecen violaciones de sus derechos cometidas por autoridades gubernamentales, pueden elevar denuncias ante la Comisión. Tales denuncias se presentan por escrito y son admisibles cuando los recursos locales para obtener satisfacción han sido agotados, y no pasaron más de seis meses a partir de decidido el caso por el tribunal nacional actuante. Cumplidos estos y otros requisitos exigidos, sigue la tramitación de la denuncia, y las gestiones de la Comisión para lograr respuestas satisfactorias del Estado en cuestión. Se halla igualmente en funciones la Corte Interamericana de Derechos Humanos, cuya misión es aplicar e interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Sus tareas son consultivas y también contenciosas. Las primeras se refieren a la interpretación de tratados en que esté directamente implicada la protección de los derechos humanos en un Estado miembro del sistema. En materia contenciosa, sólo los Estados Partes y la Comisión tienen derecho a someter los casos a su decisión luego de haber agotado los procedimientos previstos en la Convención. Una vez que la Corte decide que hubo violación de un derecho o libertad protegidos por la Convención Americana, dispone que se garantice al lesionado el goce del derecho o la libertad conculcados y, si procediera, que se reparen las consecuencias y se pague una justa indemnización a la parte afectada. En materia del derecho a la integridad de personas con discapacidad en el contexto americano, puede citarse el paradigmático caso de Víctor Rosario Congo (Case 11, Inter-Am. C.H.R. 61, OEA/Ser/L.V./II., doc 26 [1999]), aislado durante más de cuarenta días y agredido por uno de los guardias del centro de rehabilitación social donde se encontraba detenido. A pesar de su padecimiento mental, no se le suministró atención psiquiátrica, ni adecuada asistencia médica, por lo que murió luego de ser trasladado. La resolución al respecto muestra la importancia de considerar la vulnerabilidad particular de las personas con discapacidad mental, privadas de libertad. En este caso, la Comisión concluyó que el Estado (Ecuador) violó el derecho a la protección judicial consagrado en el artículo 25 (1) de la Convención, ya que no emprendió proceso judicial alguno para investigar y determinar responsabilidades por las lesiones y la muerte del señor Congo. Ecuador aceptó las conclusiones de la Comisión. En el caso “Lopes” (Damião Ximenes Lopes, Petición 12.237, Brasil, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 9/10/2002), se estableció que hubo violación de los artículos 4,

5, 11 y 25 de la Convención, relativos a la integridad personal, la protección del honor y la dignidad, y el derecho a un recurso judicial, en conexión con el deber genérico del Estado de respetar y garantizar los derechos consagrados en la Convención Americana, y pese a que el gobierno involucrado (Brasil) no dio respuesta, la Comisión declaró la admisibilidad del caso, decidió elevar su informe al Estado y a la peticionante, publicar su decisión e incluirla en su informe anual ante la OEA. La Corte Interamericana ha señalado reiteradamente la obligación de los Estados de investigar y sancionar a los responsables de las violaciones –entre ellas, las referidas al derecho a la integridad– ocurridas en sus territorios. Dos recientes documentos regionales especifican y amplían la preocupación de los Estados por respetar y consolidar la vigencia de los derechos humanos de quienes están mentalmente afectados: la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Guatemala, 1999/2001), y la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de las Personas con Discapacidad Mental (OEA, 2001). Esta Recomendación se orienta a incorporar en la normativa de los países miembros sistemas de protección de los derechos de los pacientes mentales (introducción de estándares internacionales en la legislación interna), y a promover las medidas legislativas o judiciales que se requieren para supervisar el cumplimiento de estos derechos (en Argentina, la ley 25280 –4 de agosto de 2000– dispuso su aprobación). Si se habla aquí de violaciones específicas de los derechos de los enfermos mentales, es para mostrar la existencia de instrumentos internacionales válidos para su defensa, y la necesidad imperiosa de adaptar las legislaciones locales a tales normativas y principios internacionales y regionales.

Referencias

Alfredo J. Kraut. *Los derechos de los pacientes,* Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1997, capítulos XI a XV. - Alfredo J. Kraut. *Salud Mental. Tutela jurídica,* Buenos Aires, Rubinzal Culzoni, 2006.

Tortura y tratos inhumanos

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La tortura y los tratos inhumanos son practicados actualmente en más de la mitad de los países del mundo, pese a su irrefutable inmoralidad y a su condena unánime por diversos instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario. Esta realidad es una de las mayores exigencias a la conciencia individual y colectiva que alcanza muy especialmente a quienes trabajamos en bioética. El denunciar y debatir los aspectos relacionados con estas conductas aberrantes forma parte del quehacer bioético y de su compromiso con el progreso moral. Es tarea de la bioética el reflexionar sobre la tortura como realidad de la conducta humana y el promover actos para luchar eficazmente contra ella.

Definiciones. La *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* de las Naciones Unidas (1984) define la tortura como "*todo acto por el cual se inflijan intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o accidentales a estas*". Esta definición fue recogida en el *Protocolo de Estambul* de Naciones Unidas (2001), Manual para la investigación y documentación eficaces de esos delitos. El *Estatuto de Roma* de la Corte Penal Internacional (1998) considera la tortura como crimen de lesa humanidad y entiende la misma como "*el causar intencionalmente dolor o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, a una persona que el acusado tenga bajo su custodia o control; sin embargo, no se entenderá por tortura el dolor o los sufrimientos que se deriven únicamente de sanciones lícitas o que sean consecuencia normal o fortuita de ellos*". La *Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura* de la OEA (1985) define la tortura en su artículo 2 como "*... todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica*". La Asociación Médica Mundial (AMM) en sus *Normas Directivas para Médicos con respecto a la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, o castigos impuestos sobre personas detenidas o encarceladas* (1975) definió la tortura como "*... el sufrimiento físico o mental infligido en forma deliberada, sistemática o caprichosa por una o más*

personas actuando sola o bajo las órdenes de cualquier autoridad, con el fin de forzar a otra persona a dar informaciones, a hacerla confesar, o por cualquier otra razón".

Los Derechos Humanos en la prevención de la tortura. Además de los instrumentos ya mencionados existe un conjunto normativo internacional y regional que establece firmemente el derecho a estar libre de tortura. En el derecho humanitario internacional, los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 al establecer normas para los conflictos armados y para el trato de las personas que no forman parte de las hostilidades como los heridos, capturados y civiles, prohíben la tortura y otras formas de malos tratos. Esto ha quedado recogido en el muy importante 'artículo 3 común' que dice: "*... se prohíben, en cualquier tiempo y lugar [...] atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles, la tortura [...] atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes*". El artículo 7 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (1966) dice que "*nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos*". La *Convención Americana sobre Derechos Humanos* o Pacto de San José de Costa Rica (1969) estipula en el artículo 5 que "1. *Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral*. 2. *Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*". Han sido estas normas, entre otras, las que se han recordado con motivo de las violaciones llevadas a cabo por Estados Unidos con prisioneros trasladados a Guantánamo en el marco de sus acciones 'preventivas'. Pero no solo han de considerarse los instrumentos internacionales específicamente referidos a la tortura y los tratos inhumanos, como los mencionados, sino también otros documentos que, aunque en sentido general tratan de otras cuestiones, incluyen asimismo la restricción de aquellos actos y tienen gran relevancia. Esto sucede con la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) cuando en el artículo 37 establece que "*ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*". Asimismo, la *Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (1993) entiende como 'violencia contra la mujer' "*... todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada*". Y la Declaración reconoce expresamente en el artículo 3, que la mujer tiene derecho "*... a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*".

Interpretaciones. El Informe del Relator Especial sobre la tortura de las Naciones Unidas (1997) ha afirmado que hay actos que no pueden ser considerados lícitos solo porque hayan sido autorizados en un procedimiento legítimo en su forma (considérese que los actos de los nazis contaban con una justificación jurídica formal que en muchos casos era inobjetable en esos términos). La imposición de castigos como la lapidación a muerte, los azotes y la amputación no pueden ser considerados lícitos, aunque hayan sido autorizados en un procedimiento formalmente legítimo. La Comisión de Derechos Humanos ratificó esa interpretación (1998) recordando a los gobiernos que el castigo corporal puede ser equivalente a un trato cruel, inhumano o degradante, o tortura. Respecto a las demandas de extradición y la posibilidad de dar lugar con las mismas a actos de tortura o tratos inhumanos, la Corte Europea de Derechos Humanos sentó un importante precedente en su sentencia del *Caso Soering c/ Reino Unido* (1989). Se trataba de un individuo nacido en Alemania –Jens Soering–, detenido en Inglaterra, pendiente de ser acusado por un homicidio cometido en el Estado de Virginia en Estados Unidos y sometido a un proceso de extradición en nombre del gobierno de este país. Virginia era un Estado que sancionaba el homicidio con la pena de muerte. La Corte Europea, sin poder pronunciarse sobre la pena de muerte, consideró que la petición de extradición no podía concederse a menos que se garantizaran al acusado sus derechos reconocidos por el artículo 3 de la Convención Europea de Derechos Humanos que establece la interdicción de torturas, o penas o tratos inhumanos o degradantes. La Corte reconoció el 'fenómeno de la espera para ser ejecutado', que sigue a las sentencias de muerte, y sostuvo que un periodo prolongado de demora podía ir más allá del umbral de un trato humano protegido por el artículo 3 de la Convención Europea. Este criterio de no proceder a la extradición, se aplica en un sentido más amplio siempre que existan razones para creer que la persona estaría en peligro de ser sometida a tortura. En otro aspecto y asociado a las obligaciones que los instrumentos internacionales imponen a los Estados respecto de la prevención de la tortura, no se acepta en ningún caso la pretensión de justificar la tortura invocando circunstancias excepcionales, como la guerra.

Participación de los médicos en la tortura. Treinta años después de la condena a muerte de siete médicos nazis por crímenes contra la humanidad que

incluían la tortura, y al año siguiente de la ya mencionada Declaración de la Asociación Médica Mundial al respecto, y de la adopción por las Naciones Unidas de la *Declaración sobre la protección de todas las personas de ser sujetas a tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes* (1975), en Argentina se instauró la dictadura militar más aberrante de la historia nacional, la cual se convirtió en uno de los gobiernos más crueles de la historia contemporánea. Entonces se implantó la tortura planificada y sistemática de miles de personas, fueran opositores políticos o de cualquier condición. Los centros clandestinos de detención eran centros de tortura con espacios especialmente acondicionados, llamados 'quirófanos'. Varios médicos participaron activamente para evaluar la condición de las víctimas en orden al tiempo y modalidad de implementación de los métodos de tortura. Ellos juzgaban que a partir de los veinticinco kilos de peso era posible la aplicación de corriente eléctrica, sugerían continuar con esas aplicaciones hasta el cuarto o quinto día porque entonces la acetilcolina se agotaba y la posibilidad de resistencia bajo tormento era vana; realizaban un examen general, control de ritmo y frecuencia cardiaca, análisis de orina, y otros procedimientos médicos para determinar la posibilidad de continuar o no con las sesiones de tortura. Los médicos también asistían en los partos de las mujeres en cautiverio y expedían certificados falsos para la apropiación de esos niños. Finalmente, también asistían a la ejecución de los secuestrados en los 'vuelos de la muerte', administrando hipnóticos, sedantes y anestésicos que adormecían a las víctimas antes de subirlas a los aviones desde los cuales eran arrojadas aún con vida al Río de la Plata. Esa combinación de fármacos era conocida entre los represores como 'pentonaval' (de unir los términos 'pentotal' y 'naval'), porque en esos casos los ejecutores eran miembros de la Escuela de Mecánica de la Armada (ESMA), el mayor y más activo de los centros clandestinos de detención, donde funcionaban el Liceo Naval, la Escuela de Guerra Naval y el Servicio de Inteligencia Naval. Los médicos, luego de haber inyectado a los condenados, se retiraban a la cabina del piloto porque –decían con extremo cinismo–, el juramento hipocrático no les permitía estar presentes en el momento de arrojar los cuerpos. El 24 de marzo de 2004, cuando en un acto masivo se abrieron las puertas de la ESMA para ser convertida en espacio para la promoción y defensa de los derechos humanos, uno de los oradores convocados para el acto dijo: "*Mi nombre es Emiliano Hueravillo, nací aquí en la Esma. Aquí, mi mamá, Mirta Mónica Alonso, me trajo al mundo. Como ella [...] cientos de mujeres valientes trajeron a sus hijos al mundo entre médicos torturadores*".

La ética de los profesionales de la salud ante la tortura. La Asociación Médica Mundial había señalado en su Declaración de 1975 contra la tortura que el médico no debe favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes; que no debe proveer ningún lugar, instrumento, sustancia o conocimiento para facilitar la práctica de esos actos; y que no debe estar presente durante cualquier procedimiento que implique el uso o amenaza del uso de tortura o de otro trato cruel, inhumano o degradante. La AMM reafirmó ese compromiso participando años más tarde (2003-2005) en un Proyecto para la Implementación del Protocolo de Estambul junto al Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de Tortura (IRCT), la Fundación para los Derechos Humanos de Turquía (HRFT) y Physicians for Human Rights (PHR-USA), con el apoyo de la Comisión Europea, el cual se implementó en Sri Lanka, Georgia, Uganda, Marruecos y México. En la misión a este último país, en la que tuvimos ocasión de participar, se pudo comprobar no solo la persistencia y amplitud de los actos de tortura en democracia, sino también la situación en las cárceles como su mayor expresión y el papel determinante de los organismos del Estado para esa vigencia. La AMM inició un curso para médicos de prisiones para capacitarlos en su responsabilidad de informar sobre violaciones de los derechos humanos en general y de los actos de tortura y tratos inhumanos en particular.

Un regreso moral: la actualización imperial de la tortura. Pese a los enormes esfuerzos de muchos para progresar moralmente en medio de tanto mal, vivimos tiempos de regresión en el campo de la ética. Paradójicamente, el mayor ejemplo de ello vendría del país que había liderado los juicios de Nuremberg. Ya no hay dudas respecto a la violación de la dignidad humana, mediante la tortura, que la administración de George W. Bush no solo permitió, sino que además justificó, y de las enormes consecuencias que ello tiene para los derechos humanos y la bioética. Un grupo de abogados de aquella administración concluyó en marzo de 2003, en un memorándum legal, que el presidente no estaba obligado por un tratado internacional que prohíbe la tortura, ni por una ley federal antitortura porque él tenía la autoridad como comandante en jefe del Ejército de aprobar cualquier técnica necesaria para proteger la seguridad de la nación. El memo confidencial de 56 páginas preparado por el secretario de Defensa Donald Rumsfeld también decía que todo brazo ejecutivo oficial incluyendo los militares, podría ser inmune frente a prohibiciones nacionales e internacionales contra la tortura por una variedad de razones. Una de ellas era si el personal militar creía estar actuando según órdenes superiores (obediencia

debida). Otra razón era si la tortura se consideraba una necesidad para evitar daños mayores. De hecho, los procedimientos de interrogación de prisioneros en la Base de Guantánamo, que siguieron al atentado del 11 de septiembre, y las torturas llevadas a cabo por militares estadounidenses en la prisión iraquí de Abu-Ghraib fueron asociados a esa concepción. El general Ricardo Sánchez autorizaría en esta prisión el uso de perros militares, temperaturas extremas, privación de sueño y aislamientos de hasta treinta días con dietas a pan y agua entre treinta y dos procedimientos aplicados a detenidos, que recordaban los tratos llevados a cabo por los nazis con los prisioneros en campos de concentración y que fueron denunciados por *The Washington Post*. En modo sofisticado, ese general autorizó los vejámenes religiosos y morales considerados de utilidad para doblegar la resistencia de un enemigo árabe especialmente sensible a los mismos. El 22 de enero de 2002 un memorándum del Departamento de Justicia había dado argumentos para resguardar a los oficiales norteamericanos de cargos por crímenes de guerra por el modo de detención e interrogatorio de prisioneros y había concluido diciendo que la Convención de Ginebra no era aplicable en la guerra de Afganistán (como no lo sería en Irak). El director de los programas de Human Rights Watch en los Estados Unidos –Jamie Fellner– dijo entonces que "... *el memorandum muestra que en los niveles más altos del Pentágono había interés en usar la tortura y el deseo de evadir las consecuencias criminales por hacerlo*". El 26 de octubre de 2001, Bush había firmado la ley denominada USA-Patriot Act, diseñada para la guerra contra el terrorismo, y que bajo el supuesto de protección de la "seguridad nacional" ya adelantaba una concepción que violaba derechos humanos y libertades fundamentales, como el derecho a la privacidad, a la libertad de expresión, al arresto arbitrario, y a un debido proceso judicial, entre otros. El 9 de marzo de 2006, Bush firmaría una ley que reautorizaría y "mejoraría" aquella legislación. Todo esto indicaba que la administración Bush resultaba condenable para cualquiera con un mínimo respeto por los derechos humanos y la bioética. Así se pronunció la American Medical Association. Y así se pronunció también, afortunadamente, un influyente bioeticista como Peter Singer.

Referencias

Naciones Unidas. *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros trataos o penas crueles, inhumanos o degradantes,* NuevaYork y Ginebra, Serie de Capacitación Profesional Nº 8, 2001. - J. Corominas y J. M. Farré (eds.). *Contra la tortura*, Barcelona, Editorial Fontanella, 1978. - Horacio Riquelme. *Entre la obediencia y la oposición. Los médicos y la ética profesional bajo la dictadura militar,* Caracas, Editorial Nueva Sociedad, 1995. Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas. *Informe Nunca más, Barcelona, Seix Barral/Eudeba, 1985 (1a edición, Buenos Aires, Eudeba, 1984). Tribunal Russell II. La violación de los derechos humanos en Latinoamérica,* Barcelona, Editorial Euros, 1976. - Neil A.Lewis y Eric Schmitt. "Lawyers Decided Bans on Torture Didn't Bind Bush", Washington, The New York Times, June 8, 2004. - Peter Singer. *El presidente del Bien y del Mal. Las contradicciones éticas de George W.Bush,* Barcelona, Tusquets Editores, 2004.

Vulnerabilidad y protección

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

Vulnerabilidad del ser humano. La largamente dominante concepción medieval del mundo teocéntrico fue remplazada por un antropocentrismo renacentista que debió lamentar la pérdida de la tuición divina y reconocer la necesidad del ser humano por organizar su vida, según Pico della Mirandola (1997) "*pudiendo descender y degenerar a la animalidad, o apelar a la propia voluntad para renacer y ascender hacia lo divino*". El ser humano es dotado de autonomía con todas las posibilidades y los peligros que ello implica. Es un microcosmos que puede determinar su relación con el macrocosmos, y en esa determinación se encuentra su dignidad. El telón de fondo de esta libertad es un ser que nace a este mundo más "*débil, necesitado, carente de toda enseñanza natural, de habilidades y talentos*", que animal alguno (Herder, 2002). Para la antropología de Plessner y de Gehlen, así como para la filosofía existencialista y el Dasein heideggeriano, el ser humano ha sido caracterizado como pobre en instintos, frágil, obligado a construirse un proyecto de vida, quedando expuesto a los riesgos de fracasar y aun de perecer en el intento de procurar su sobrevivencia. Los inminentes peligros e infaltables riesgos de quebranto han sido reconocidos como el atributo antropológico de la vulnerabilidad (= posibilidad de ser lesionado) de la existencia humana. El ser humano es vulnerable, como lo es todo ser vivo. Pero el animal es vulnerable en su biología, en tanto el ser humano lo es no sólo en su organismo y en sus fenómenos vitales, sino también en la construcción de su vida, en su proyecto existencial. Además, sabe de su vulnerabilidad y de que la comparte con todos sus congéneres. El carácter antropológico de la vulnerabilidad ha sido captado por Ricoeur al describir la existencia humana como "síntesis frágil". Vulnerable indica la posibilidad pasiva de sufrir una herida (= *vulnus)*. La vulnerabilidad es condición universal de amenaza, no existiendo la dicotomía vulnerable-no vulnerable; no es un estado de daño sino de fragilidad. Si alguien deja de ser vulnerable es porque se ha vuelto vulnerado.

Vulnerable y vulnerado. La concepción clásica de vulnerabilidad, como estado natural y normal de riesgo inherente a la existencia humana, ha sido impropiamente modificada por el lenguaje bioético para significar una situación vital de desmedro establecido. De acuerdo con esta nomenclatura pragmática, apoyada por el uso cotidiano del término, habría equivalencia semántica entre vulnerable y vulnerado, entre dañable y dañado, entre frágil pero íntegro, y desmedrado por daño constituido (Levine et ál., 2004). Más allá de llevar a imprecisiones y confusiones lingüísticas, denotar a los dañados como vulnerables lleva a menospreciar su daño, al erosionar el límite entre daño potencial y actual. Cuando el discurso social o ético habla de individuos o colectivos vulnerables, está soslayando que se trata de seres ya dañados y que requieren, por tanto, cuidados especiales en vista del desmedro específico en que están sumidos. Existe la tendencia a reconocer vulnerabilidad como un estado de desmedro, pero al mismo tiempo negar que ello sea motivo de protección. Esta falacia, que conlleva el riesgo de banalizar desmedros instituidos bajo el manto universalizador de la vulnerabilidad, requiere ser superada por una significación más rigurosa del término. Vulnerabilidad debe quedar reservada para entes intactos pero frágiles, e iniciar la búsqueda de un término que describa a los que han caído en estado de lesión o daño. Se ha propuesto hablar de vulnerabilidad general –para el ser humano íntegro pero amenazado– y de vulnerabilidad especial para el dañado (O´Neill, 1996), mas esta especificación no se aleja suficiente de la ambigüedad del término; la diferenciación entre vulnerables y susceptibles respectivamente (Kottow, 2003), tensiona el vocablo susceptibilidad que ya está ocupado por otras connotaciones. Pese a la resistencia habitual contra neologismos, se ha sugerido contrastar el atributo de integridad vulnerable con el estado de mulcado (*mulcus* = daño) (Kottow, 2005). La vulnerabilidad del ser humano se manifiesta en tres planos: en primer término, la fragilidad de mantenerse con vida: vulnerabilidad vital; en segundo término, la vulnerabilidad de subsistencia, referida a las dificultades de asegurar los elementos biológicos necesarios para mantenerse y desarrollarse; en tercer término, la vulnerabilidad existencial, incluyendo la vulnerabilidad social, que son los avatares que amenazan la prosecución del proyecto de vida que cada cual persigue. La distinción entre vulnerabilidad y susceptibilidad o vulneración es esencial porque son condiciones humanas que la sociedad enfrenta de muy diverso modo. La vulnerabilidad fundamental al ser humano es paliada mediante la instauración y el respeto de los derechos humanos básicos que deben ser cuidados para todos por igual en un orden social justo. Las vulneraciones que las personas sufren, en cambio, han de ser cuidadas y tratadas por instituciones sociales organizadas para otorgar los servicios –sanitarios, médico-asistenciales, educacionales, laborales, etc.– que específicamente son necesarios, ante todo para quienes no están empoderados para solventar sus necesidades esenciales.

Vulnerabilidad en investigaciones biomédicas. El tema de la vulnerabilidad adquiere prominencia en el mundo de las investigaciones biomédicas con seres humanos, donde pugnan los “inclusivistas” con los “proteccionistas”. Los primeros reconocen que entre las poblaciones del Tercer Mundo, reclutadas con creciente frecuencia para investigaciones biomédicas, abundan las personas desmedradas –mal nutridas, enfermas, precariamente educadas, desempoderadas, senescentes–, denominadas “vulnerables”, que son entusiastamente incluidos en los estudios porque la vulnerabilidad suele cursar con competencias mentales intactas para decidir con libertad la participación en los estudios, aun cuando sus susceptibilidades los predisponen a complicaciones y riesgos adicionales. Los proteccionistas, en cambio, además de coincidir en que estas son poblaciones vulneradas, desean resguardarlas de ser reclutadas como probandos de riesgo aumentado y arguyen que estas personas pudiesen tener limitaciones en el ejercicio de su autonomía por lo que requieren ser amparados en forma paternalista. En ensayos clínicos, donde los probandos son pacientes que están en tratamiento y con cuidados médicos, ha sido reconocido por figuras importantes como Ingelfinger y Jonas, que se trata de personas debilitadas por su enfermedad, temerosas de su futuro y conscientes de encontrarse en situación de dependencia. Los pacientes son personas vulneradas por su enfermedad, constituyendo poblaciones cautivas que, con o sin fundamento, no se sienten autorizadas a discrepar o negarse a participar en los estudios clínicos que les son propuestos. Aunque sean autónomos, los pacientes no toman decisiones en plena libertad.

Vulnerabilidad, bioética y protección. Un acabado estudio de la bioética y el bioderecho europeo propone cuatro “principios éticos en bioética y bioderecho” (Rendtorff, 2002): autonomía, integridad, dignidad y vulnerabilidad, presentando la vulnerabilidad como “precediendo ontológicamente a los otros principios”. La bioética europea le asigna a la vulnerabilidad un sello “explícitamente normativo”, en el cual se inspiran respuestas sociales tan variadas como el cultivo de los derechos humanos, la protección de los débiles, el cuidado médico de los enfermos, el reforzamiento de los estados de bienestar. Se comete, no obstante, una falacia de

categoría al modificar la vulnerabilidad de un rasgo antropológico descriptivo de la fragilidad humana, a una normativa ética. Esta falacia, se convierte en un error conceptual de calibre, si a personas y poblaciones se las denomina vulnerables cuando de hecho están vulneradas. Utilizado erróneamente el término vulnerable no se logra un compromiso a la protección ni a la evitación de riesgos a los lesionados. La distinción entre vulnerables, o potencialmente dañados, y vulnerados –susceptibles, mulcados– o de facto lesionados, reside en la actitud de la sociedad frente a ellos. La vulnerabilidad humana, siendo universal, es paliada con recurso a los derechos humanos, que son derechos negativos destinados a proteger contra daño, impidiendo que la vulnerabilidad sea transformada en lesión. Frente a los ya vulnerados, es necesario que la sociedad instale servicios terapéuticos y de protección para paliar y remover los daños, presentando los derechos primarios de segunda generación a fin de otorgarle empoderamiento social y político a los desmedrados (Sen, 2000). Desde la ética de protección se plantea un *aggiornamento* de la ética, que tradicionalmente ha sido igualitaria y justiciera. Dadas las enormes, prevalentes y crecientes desigualdades entre los escasos pudientes y la mayoría desposeída, es preciso desarrollar un clima ético que cuide los dañados. Para la bioética, significa asumir también el mandato de amparo no como una bioética de protección, que siempre ha de serlo, sino como una protección bioética que concibe acciones de resguardo a partir de las prácticas biomédicas, para paliar los desmedros que sufren los vulnerados y desempoderados.

Referencias

J.G. Herder. "Abhandlung über der Ursprung de Sprache". Stuttgart, Philip Reclam jun. 2002: 97. - M.Kottow. "The vulnerable and the susceptible", *Bioethics* 1003; 17:460-471. - M.Kottow. "Autonomía y protección en bioética", *Jurisprudencia Argentina* (Lexis Nexis), 2005; III: 44-49. - C. Levine et ál. "The limitations of 'vulnerability' as a protection for human research participants", *The American Journal of Bioethics* 2004; 4: 44-49. - O. O´Neill. *Towards justice and virtue,* Cambridge, Cambridge University Press, 1996. - G. Pico della Mirandola. *De hominis dignitate*, Ed. bilingüe latín/alemán, Stuttgart, Philip Reclam, 1997. - J. D. Rendtorff. "Basic ethical principles in European bioethics and biolaw", *Medicine, Health Care and Philosophy* 2002; 5: 235-244. - A. Sen. *Development as Freedom*, New York, Alfred A. Knopf, 2000.

Integridad comunitaria

Antonio José Sánchez Murillo (Colombia) - *Universidad El Bosque*

La palabra *integridad* viene de la misma raíz latina (*integritas*) que *íntegro, entero*, y sugiere la totalidad de la persona o de la sociedad. Una comunidad íntegra posee "una historia que supera la historia de los individuos y de las familias". La integridad de la comunidad es la integridad individual ampliada para incorporar su relación con otros y con la comunidad en su totalidad. El carácter o la integridad de una comunidad se deriva de la práctica colectiva de sus ciudadanos de las virtudes básicas. La integridad de una comunidad se puede ver igualmente como la combinación sinérgica de las integridades individuales y sociales y de sus virtudes relacionadas. Kant, en varias de sus obras, pero sobre todo en *Hacia la paz perpetua*, provee el marco conceptual necesario para entender el concepto de integridad comunitaria. Kant no duda en hablar como causa posible del estado democrático *"una disposición en el género humano que permite esperar el progreso hacia lo mejor"*, en el bienentendido que este progreso es un proceso fruto de la integridad social. Un progreso no supone una genuina transformación moral, aunque sí puede eliminar los efectos fenoménicos más negativos del mal, siendo precisamente la sociedad civil la encargada de realizar esta exigencia. Esta visión de integridad comunitaria debemos complementarla con las ideas de tolerancia activa, de libertad, de igualdad, de solidaridad y de respeto a los derechos humanos desarrollados por Ortega y Gasset, Zubiri y Aranguren, que se "*expresan en forma óptima en la vida social a través de un tipo de actitud que llamaremos la actitud dialógica, una virtud que urge potenciar*". J. Habermas, en *Teoría de la evolución social*, toma como base los planteamientos de Lawrence Kohlberg para analizar el desarrollo de la conciencia moral. Ni las personas ni las sociedades nacen con una conciencia ya hecha, sino que esta va conformándose a través de procesos de aprendizaje que abarcan la propia biografía personal y la historia de una comunidad. Principios que tienen en cuenta a toda la humanidad, de modo que desde ellos podemos poner en cuestión igualmente las normas de nuestras comunidades concretas. Pocas utopías han llegado a tener la dimensión profunda del pensamiento de José Martí. Martí observa el desarrollo de América Latina y escribe al respecto páginas que todavía no han perdido su vigencia. El Nuevo Humanismo Latinoamericano que propone Martí, y que Leopoldo Zea amplía en sus obras, señala que el destino y desarrollo de nuestras comunidades latinoamericanas debe estar fincado en la cultura comunitaria, entendida esta como *"un modo específico de ser y de existir"*. Karol Wojtyla nos entrega un tema adicional de reflexión: "*La nación es en efecto la gran comunidad de los hombres que están unidos por diversos vínculos pero, sobre todo, precisamente por la cultura. La nación existe 'por' y 'para' la cultura. Y así es ella la*

gran educadora de los hombres para que puedan 'ser más' en la comunidad". Finalmente, una interesante aproximación empírica al tema la encontramos en la obra de Gordon Vessels, educador americano, quien trabaja el concepto de integridad de la comunidad en términos de virtudes primarias específicas y de virtudes elaboradas relacionadas. Muestra que existen unas interconexiones profundas entre esas virtudes y cómo elaboran y dan el significado al concepto de la integridad de la comunidad. Estos conceptos deben integrarse transversalmente en los planes de estudios de escuelas, colegios y centros de educación superior.

Referencias

José Martí. *Nuestra América*, 1891. - Leopoldo Zea. *Filosofía de lo americano*, México, Nueva Imagen, 1984. - Gordon Vessels. *Character and Community Development: A School Planning and Teacher Training Handbook*, New York, Praeger, 1998.

Epidemiología y vulnerabilidad social

Zulma Ortiz (Argentina) - *Centro de Investigaciones Epidemiológicas*

Epidemiología. La definición tal vez más citada de epidemiología *es* el estudio de la distribución y determinantes de la salud, su frecuencia y distribución, para entender las causas que explican la aparición de un evento no deseado (Last, 2001). Sin embargo, en los últimos cincuenta años se han propuesto muchas definiciones que señalan la falta de acuerdo en cuál es el objeto de estudio de la epidemiología y los mejores métodos para su abordaje. En particular el estudio de las condiciones sociales y de cómo estas influyen y determinan la situación sanitaria de las poblaciones ha sido siempre un tema de interés y debate. Más recientemente nació un vínculo más fuerte entre la epidemiología y las ciencias sociales (Krieger, 2000), estimulado por la necesidad de reconocer y documentar el amplio espectro de los determinantes de la salud, desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales. La preocupación principal de la epidemiología social es el estudio de cómo la sociedad y las diferentes formas de organización social influyen en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones.

Vulnerabilidad. El concepto de vulnerabilidad no está claramente definido, pero existiría acuerdo en relacionarlo con pobreza-bienestar y también con las capacidades para enfrentar los riesgos o adaptarse a ellos. La incapacidad para enfrentar los riesgos o la inhabilidad para adaptarse activamente a ellos, determinan la materialización o no del riesgo. El vocablo vulnerabilidad habitualmente es visto de forma muy diferente por los diversos sectores de nuestra sociedad, aunque coinciden en definirlo asociado a la incertidumbre y a la probabilidad de recibir un daño o lesión. Vulnerabilidad es el grado por el cual una población, individuo u organización es incapaz de anticiparse, enfrentarse, resistir y recuperarse de los impactos provocados por eventos no deseados. El concepto de vulnerabilidad ayuda a identificar los miembros de una población que tienen más probabilidad de sufrir directa e indirectamente una situación de riesgo. Basado en estos antecedentes no es difícil encontrar relación entre epidemiología y vulnerabilidad ya que la primera, en su vertiente positivista, se ocuparía de estimar los riesgos ocasionados por la pobreza, mientras que la epidemiología con enfoque social, que integra métodos cualitativos y cuantitativos en distintos momentos de la investigación, tiene mayor capacidad para profundizar en la complejidad que encierra el concepto de vulnerabilidad.

Vulnerabilidad social, pobreza y salud. Un ejemplo puede ayudar a entender cómo las aproximaciones conceptuales utilizadas por cada enfoque aportan al estudio de la vulnerabilidad. La relación entre pobreza y situación de salud es incontrovertible. La pobreza contribuye a la vulnerabilidad. Las evidencias abundan en todo el mundo, sea que uno considere la mortalidad, la morbilidad o la autopercepción de la salud. Aquellos grupos humanos que no tienen acceso a la estructura de oportunidades en lo económico, social o educativo tienen peor estado de salud. La epidemiología clásica mediante una aproximación tradicional utiliza indicadores para definir niveles de pobreza y clasificar comunidades, hogares o personas. Sus observaciones se concentran en déficit del ingreso, o en el tipo y magnitud de sus necesidades básicas. No ve lo que "tienen los que no tienen", estructurado como conjuntos que se encadenan para la construcción de estrategias de supervivencia o de movilidad social. Desde esta perspectiva, la pobreza es definida y medida en términos económicos y "estáticos". Por su parte la epidemiología social entiende que la pobreza es un proceso dinámico y cambiante. La gente entra y sale de ella y en diferentes coyunturas está expuesta a cambios ascendentes o descendentes de sus condiciones de vida, que no necesariamente "se ajustan" a los indicadores clásicos, sino con los activos que sus hogares tienen (mano de obra, capital humano, vivienda, relaciones familiares y capital social, perfil demográfico, etc.). La vulnerabilidad se relaciona con los activos de las comunidades, hogares o personas, y las oportunidades que ofrece el Estado, mercado o instituciones civiles. Todos estos activos pueden ser movilizados

como respuesta a diferentes situaciones del entorno como ocurre en las crisis. El concepto de vulnerabilidad no es privativo a los sectores pobres. También se aplica a diferentes estratos sociales; por ejemplo, edad (adolescentes, ancianos), género (mujer jefa de hogar y anciana), etnia, etc. *La vulnerabilidad social tiene que ser comprendida además de medida*. Es necesario verlo *con los ojos de la población*, lo que requiere un trabajo inter y transdisciplinario que incorpore las ciencias sociales al corazón del trabajo epidemiológico. Las personas son simultáneamente organismos sociales y organismos biológicos, y es por ello difícil suponer que algún proceso biológico se exprese fuera del contexto social (Krieger, 2002). La epidemiología social que va más allá del análisis de factores de riesgo individuales se aproxima mejor al estudio de la vulnerabilidad.

Referencias

Nancy Krieger. "Epidemiology and Social Sciences. Towards a Critical Reengagement in the 21st Century". *Epidemiol Rev* 2000;22(1):155-163. - Nancy Krieger. "Glosario de Epidemiología Social. Parte 1". *Boletín Epidemiológico/OPS*, Vol. 23, Nº 1 (2002). - John Last. *A dictionary of epidemiology*. Fourth edition. Oxford, Oxford University Press, 2001.

La sociedad del riesgo

Cristina Ambrosini (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Concepto. Entre las distintas fórmulas adoptadas para caracterizar este particular estadio de la modernidad (posmodernidad, modernidad tardía, sociedad posindustrial), Ulrick Beck recurre a la denominación "sociedad del riesgo –*Risikogesellschaft*–, *Risk Society*" para destacar el carácter postradicional de nuestra época (Beck, 1998). Como orden postradicional, la modernidad institucionaliza la duda y presenta como provisorio todo conocimiento, lo que obliga a una permanente revisión del orden social. Esta reflexión adquiere una dimensión ética ya que la elaboración de la identidad requiere el establecimiento de ámbitos de confianza y seguridad ontológica. La constitución de un *ethos* fatalista o irracional aparece como una respuesta generalizada ante una cultura secular portadora de riesgos. Indeterminación, incoherencia, ilogicidad, irracionalidad, ambigüedad, confusión e inexpresabilidad son lo otro de la modernidad que se instala en su reverso. La brecha, cada vez más amplia, entre teorías y prácticas, hace que el futuro se presente como *terra incognita*, como dictadura de la novedad. El riesgo, que aparece como un "constructo social histórico", pasa a ser una categoría clave, ya que alrededor de ella se estructuran mecanismos de producción, distribución y división de peligros. Los términos "confianza" y "fiabilidad" están claramente relacionados con la fe. Según Niklas Luhmann, la fiabilidad (*trust*) se relaciona estrechamente con el riesgo. En inglés, *risk* puede haber llegado desde el español risco, palabra tomada del lenguaje náutico, que aparece en testimonios a partir de la segunda mitad del siglo XVI. El comercio y los viajes por mar son lugares donde el uso de la palabra es frecuente y los seguros marítimos testimonian la necesidad calcular los riesgos (Luhmann, 1996). Las sociedades contemporáneas se caracterizan porque en ellas "lo improbable resulta probable", ya que su principal característica es la pérdida del sentido del viejo orden cuando el nuevo orden es altamente precario. Se produce una coexistencia problemática: la expansión de las opciones junto con la del riesgo. Si bien hay rasgos psicológicos relacionados con la confianza que parecen universales, es posible establecer diferencias relevantes en las relaciones de fiabilidad y riesgo en las sociedades premodernas y en las modernas.

Fiabilidad y riesgo en las sociedades premodernas y modernas. En las *culturas premodernas*, el distanciamiento espacio-temporal era relativamente bajo. Los contextos de confianza y riesgo estaban relacionados con circunstancias locales. El primer contexto de confianza era el sistema de parentesco que proporcionaba una red estable de relaciones amistosas o íntimas. Casi lo mismo podía decirse de la comunidad local. Otro eje de confianza se relacionaba con las creencias religiosas que proporcionaban interpretaciones morales de la vida social y natural, ya que aportaban un marco de referencia donde podían explicarse las contingencias de la vida. Otro contexto de anclaje de relaciones de confianza era la tradición misma cuando reflejaba el modo de organizar la temporalidad. La tradición no es sólo repetición de rutinas sino que sostiene la confianza en la continuidad de pasado, presente y futuro y conecta esta confianza con las prácticas sociales. Este señalamiento no implica la admisión de que en el mundo premoderno no existieran peligros o que la gente no se sintiese amenazada. La principal fuente de amenaza provenía del mundo natural. El riesgo ambiental se expresaba en las elevadas tasas de mortalidad y en la poca esperanza de vida, mientras que la amenaza de sufrir cualquier forma de violencia humana era permanente. En las *sociedades modernas*, en cambio, predominan tres grandes fuerzas dinámicas: la separación espacio-temporal, los mecanismos de desanclaje y la reflexividad institucional. En la modernidad el lugar se ha convertido en algo fantasmagórico. La distinción entre lo local y lo global se vuelve problemática. La pérdida de confianza en la religión y en la tradición es una nota característica, extensamente reconocida. La religión ha sido suplantada por el

conocimiento reflexivo. En gran parte, el análisis del riesgo está relacionado con el intento de convertir las incertidumbres en probabilidades. El arranque en esta línea se ubica en *The Theory of Games* (1944) de John von Neumann y Oskar Morgenstern. Jon Elster (1989) muestra la figura paradigmática de un Ulises moderno que intenta controlar las consecuencias no intencionales de su acción (riesgo), es consciente de su falibilidad y en ello reside su fortaleza.

Rasgos de la sociedad del riesgo. Las nociones de confianza y riesgo adquieren especial relevancia en situaciones de incertidumbre y de elección múltiple. No se trata sólo de la percepción de cambios sociales sino de la intuición de que estos cambios están fuera del control de los hombres. En este sentido afirma Anthony Giddens (1993, 1996): "*Vivir en el mundo generado por la modernidad reciente es como cabalgar en los hombros de una divinidad destructora*". El perfil de riesgo de la modernidad presenta los siguientes rasgos: 1. Globalización del riesgo en el sentido de la intensidad: aparecen amenazas de catástrofes que afectarían a todo el planeta, siendo la guerra nuclear el caso paradigmático. 2. Globalización del riesgo en el sentido de la aparición de sucesos que afectan a gran número de personas; por ejemplo, los cambios en las condiciones del trabajo. 3. El riesgo originado en la naturaleza socializada, es decir, en la relación entre los seres humanos y el medio ambiente. Los peligros ecológicos no derivan de la irrupción de catástrofes naturales, sino de la transformación de la naturaleza debido al conocimiento humano, que hacen peligrar a humanos, animales y plantas del mismo modo. La lista interminable de tales riesgos se ha llegado a transformar en una letanía ya incorporada como parte del telón de fondo de nuestras vidas. El reverso de la naturaleza socializada es la *socialización de las destrucciones de la naturaleza*. Todos somos vecinos de Chernobyl y de los casquetes polares. 4. El desarrollo de lugares de riesgo institucionalizado, donde las empresas de inversión de capitales representan el mejor ejemplo. 5. La conciencia del riesgo como riesgo sin que pueda ser amortiguada por certidumbres religiosas o mágicas. 6. La conciencia de riesgo ampliamente distribuida. 7. La conciencia de las limitaciones de la experiencia.

Sociedad de riesgo y vida incierta. El discurso sobre la cultura del riesgo comienza allí donde desaparece la confianza. La conciencia del riesgo es una de las notas propias de la modernidad ya que en el mundo premoderno las empresas de alto riesgo eran auspiciadas por la religión o la magia. En un mundo secularizado aparecen formas supersticiosas de generar confianza frente a situaciones de riesgo, ya sea recurriendo a amuletos, rituales o a la búsqueda de sistemas expertos que tratan de otorgar fiabilidad. En esta cultura predominan los imperativos de evitación y, en este sentido, la sociedad del riesgo es, básicamente, reflexión autocrítica. Los expertos ya no tienen prestigio, son permanentemente desmentidos. En los últimos años el *Titanic* y su trágico hundimiento se han transformado en un icono de nuestro tiempo. La perplejidad que produjo la inesperada catástrofe no termina de disiparse. Sin duda el barco fue considerado un logro máximo del poder de control y racionalización de la modernidad y su hundimiento parece llevarse consigo también los sentimientos de seguridad y confianza depositados en los sistemas expertos, último reducto de fiabilidad en la sociedad secularizada. A diferencia de los constructores y responsables del barco, que no pusieron suficientes botes salvavidas ya que pensaban que un hundimiento era imposible, nosotros vivimos en una sociedad que supone el fracaso de los sistemas de seguridad y que conoce los peligros desatados por las tomas de decisiones. En la sociedad del riesgo, la incertidumbre pasa a ser el modo básico de experimentar la vida, sin distinguir entre clases sociales o países más o menos desarrollados. En ella se produce una democratización de los riesgos que favorece la creación de vínculos de cooperación entre todos los seres vivos. Frente a la globalización de los ambientes del riesgo, que sobrepasan los controles locales, surgen nuevos riesgos. En los riesgos globalizados, desaparece la noción de "los otros" ya que no hay privilegiados o ricos que puedan escapar a una guerra nuclear o a un colapso económico internacional. Podemos decir que, frente a los riesgos que desatan los usos sociales de la tecnología, como en el *Titanic*, estamos todos, solidaria y responsablemente, sobre el mismo barco.

Referencias

Ulrick Beck. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad,* Barcelona, Paidós, 1998. - Niklas Luhmann. "El concepto de riesgo", en Josetxo Beriain (compilador), *Las consecuencias perversas de la modernidad,* Barcelona, Antropos, 1996, pp.123-153. - Anthony Giddens. *Consecuencias de la modernidad*, Madrid, Alianza, 1993. - Anthony Giddens. "Modernidad y autoidentidad", en Josetxo Beriain (compilador), *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos, 1996, pp. 33-71. - Jon Elster. *Ulises y las sirenas,* México, Fondo de Cultura Económica, 1989.

Principio de precaución

Roberto Andorno (Argentina) - *Université de Tübingen*

¿Qué es el principio de precaución? El principio de precaución aspira a orientar las medidas a tomar cuando se sospecha que determinados productos

o tecnologías crean un riesgo grave para la salud pública o el medio ambiente, pero todavía no se cuenta con una prueba definitiva de tal riesgo. El primer antecedente del principio de precaución (*Vorsorgeprinzip)* remonta al programa gubernamental alemán de protección del medio ambiente de 1971. A partir del derecho alemán, se extendió a la legislación de diversos países europeos no solo en materia de medio ambiente, sino también de seguridad alimentaria y salud pública, habiendo sido incorporado a los Tratados de Maastricht (1992) y Amsterdam (1997) de la Unión Europea. Simultáneamente, también fue recogido por diversos tratados regionales o internacionales sobre protección del medio ambiente, como la Declaración de Bergen sobre Desarrollo Sostenible (1990), la Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo (1992), la Convención sobre la Diversidad Biológica (1992), la Convención sobre el Cambio Climático (1992) y el Protocolo de Cartagena de Bioseguridad (2000). Con base en la caracterización del principio de precaución que brindan los instrumentos internacionales mencionados, se lo puede definir como aquel que afirma que cuando una actividad o producto representa una amenaza potencial para el medio ambiente o la salud pública, deben tomarse las medidas pertinentes, aun cuando la relación causa-efecto no haya podido demostrarse científicamente de forma concluyente. No hay que olvidar que las condiciones que exige la ciencia para considerar demostrada una relación de causalidad son sumamente exigentes. Pero el principio de precaución viene a decir que cuando el riesgo para la población o el medio ambiente se presenta como verosímil, sería irresponsable no hacer nada con la excusa de que todavía no se tiene una prueba concluyente de tal riesgo. En materia de salud pública, el principio de precaución ha sido invocado en los últimos años, por ejemplo, en relación a las trasfusiones de sangre infectada con el virus de VIH; al consumo de carne bovina de animales portadores del virus de encefalopatía espongiforme bovina (comúnmente conocido como "vaca loca") o de animales alimentados en base a hormonas sintéticas; al uso de determinados plaguicidas y a la comercialización de ciertos productos farmacéuticos cuyos efectos adversos no habían sido correctamente estimados. Pero infinidad de otros supuestos ya se están planteando o se van a plantear probablemente en el futuro. A título de ejemplo, se pueden mencionar los xenotrasplantes, con su riesgo de introducir nuevas enfermedades en la especie humana; la posible incidencia de algunas técnicas de procreación asistida sobre la salud (física o psíquica) de los niños concebidos a través de dichos procedimientos; la perspectiva de la clonación humana reproductiva y de las intervenciones en la línea germinal, que implican transferir a las generaciones futuras, de modo irreversible, un genoma que ha sido artificialmente manipulado. Es importante destacar que la aplicación del principio precautorio no implica necesariamente abstenerse de determinadas tecnologías, conduciendo a prohibir su uso. Esta no es más que la solución extrema, cuando la potencialidad del riesgo sea muy elevada y no exista otra opción. Pero en muchos casos, la precaución se limitará a medidas intermedias, como promover una profundización de los estudios científicos, para tener una idea más acabada del riesgo; imponer un etiquetado obligatorio de advertencia al consumidor; hacer un seguimiento más cuidadoso del producto; alentar la búsqueda de soluciones alternativas más seguras, etc. En contra de lo que podría parecer, este nuevo principio no supone una resistencia al progreso científico o un freno a la innovación tecnológica. Por el contrario, el principio de precaución aspira a incentivar las propuestas de *modos alternativos de desarrollo*, compatibles con la calidad de vida de la generación presente y de las generaciones futuras. Por ello, puede afirmarse que este nuevo principio constituye un llamado a un *mayor esfuerzo imaginativo en materia de desarrollo tecnológico.* De todas maneras, no debe creerse que el principio de precaución brinda un catálogo preestablecido de soluciones concretas a los nuevos dilemas resultantes de la incertidumbre científica. En realidad, este principio no es más que un *criterio orientador* para las autoridades públicas, que serán quienes, en definitiva, determinen las medidas concretas a tomar en cada caso, según la magnitud del riesgo potencial, la importancia de los bienes en juego y las diversas soluciones alternativas existentes.

Condiciones de aplicación del principio de precaución. Dado el carácter flexible del principio de precaución y a fin de evitar que sea empleado abusivamente, es importante precisar sus condiciones de aplicación. 1. Situación de incertidumbre acerca del riesgo. La característica más saliente del principio de precaución es que la relación causal entre una determinada tecnología y el daño temido aún no ha sido científicamente probada de modo pleno. Esto es precisamente lo que diferencia la *precaución* de las tradicionales medidas de *prevención,* ya que en este último caso los riesgos del producto o actividad ya son bien conocidos (por ejemplo, la incidencia del consumo de tabaco en la salud). Por ello, cabe afirmar que las medidas de precaución se adoptan ante un *riesgo potencial,* mientras que las medidas de prevención suponen un *riesgo actual.* 2. Evaluación científica del riesgo. Si bien la precaución opera en un marco de incertidumbre, es necesario que existan razones de carácter *científico* para creer que el riesgo en cuestión es digno de ser

considerado. Es decir, a fin de evitar la arbitrariedad, es necesario que se haga una evaluación científica lo más completa posible del riesgo potencial y de las consecuencias eventuales de la inacción, contando para ello con la ayuda de expertos independientes. 3. Perspectiva de un daño grave o irreversible. Las medidas precautorias sólo se justifican cuando el daño temido sea *grave,* es decir, cuando se tema por la vida o la salud de la población o por el equilibrio del ecosistema. El carácter *irreversible* del daño también juega un rol decisivo al momento de decidir si se debe aplicar una medida de precaución. Una pauta que puede ayudar en la determinación de la irreversibilidad del daño, sobre todo en relación con el medio ambiente, es el carácter *no renovable* de aquellos recursos que resultan afectados, o su renovabilidad a muy largo plazo o con un alto costo económico. 4. Proporcionalidad de las medidas. No cualquier riesgo potencial justifica cualquier tipo de acción precautoria, en especial si esta última supone una carga excesiva para la sociedad; por ejemplo, por implicar la pérdida de un elevado número de puestos de trabajo. Esto significa que las medidas precautorias deben ser proporcionadas al costo socioeconómico que la comunidad está dispuesta a soportar por ellas. 5. Transparencia de las medidas. Este requisito implica, por un lado, que los criterios empleados por las autoridades para la eventual adopción de medidas precautorias deben ser dados a conocer tanto al público como a las empresas. Por el otro, esta exigencia también supone el compromiso de quienes promueven productos o actividades potencialmente riesgosas de difundir los estudios que hayan efectuado acerca de la magnitud de los riesgos potenciales y de los esfuerzos que han hecho con vistas a reducir al mínimo o a eliminar tales riesgos. 6. Inversión de la carga de la prueba. El principio de precaución exige que quien desarrolla actividades potencialmente riesgosas o introduce en el mercado productos que pueden eventualmente causar daños, aporte los elementos contrarios a la sospecha del riesgo. No se trata, obviamente, de que el introductor del riesgo elimine toda duda acerca de la peligrosidad del producto o actividad en cuestión ("riesgo cero"), ya que tal prueba sería imposible. Lo que se persigue es promover un rol más *activo* del introductor del riesgo en el esfuerzo orientado a determinar su grado de probabilidad y magnitud.

Referencias

Roberto Andorno. "The Precautionary Principle: A New Legal Standard for a Technological Age", *Journal of International Biotechnology Law,* 2004, N° 1, p. 11-19. - Carolyn Raffensperger y Joel Tickner (coord.), *Protecting Public Health and the Environment. Implementing the Precautionary Principle,* Washington D.C., Island Press, 1999. - Carlos Romeo Casabona (coord.), *Principio de precaución, biotecnología y derecho,* Bilbao, Fundación BBVA/ Comares, 2004. - Emilia Sánchez, "El principio de precaución: implicaciones para la salud pública", *Gaceta Sanitaria* (España), 2002, Vol. 16, N° 5, p. 371-373. - Unesco, Comest (Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology), *The Precautionary Principle,* París, Unesco, 2005.

Investigación en salud

Los problemas éticos vinculados a las investigaciones en el campo de la salud son antiguos, y en muchos casos han resultado un escándalo público por la fuerte reacción de indignación ante lo que se consideraban trasgresiones a supuestos morales básicos de la convivencia. Las investigaciones médicas tienen una larga historia de violaciones a valores, principios y virtudes éticos, que se reproducen en el funcionamiento actual de la industria farmacéutica como fuente de problemas éticos. Igualmente larga es la crítica de esa historia y las exigencias para el debido respeto de las personas. Nadie podría haber pensado en el siglo XVI, cuando Antonio de Villasante hizo famoso por sus numerosas propiedades curativas un bálsamo extraído del árbol conocido por los indígenas como 'guacunax' en Santo Domingo, que desde esa primera gran producción de un medicamento se llegaría a lo que es hoy la industria farmacéutica. En aquella época, el rey de España llegó a pedirle a Villasante que revelara el secreto de su producto para hacerlo accesible a todas las personas. En el mundo actual, sin embargo, los jefes de gobierno de los países ricos son los mayores defensores de un régimen de patentes que impide el acceso de millones de personas a los medicamentos esenciales, necesarios para salvar sus vidas. Cabe preguntarse entonces en qué consiste el denominado progreso científico (v. *Progreso científico y desarrollo social*).

Del uso de animales de laboratorio al uso de las personas en las investigaciones. Un siglo después de los experimentos sobre viruela de Edward Jenner (1789), Charles Francis Withington reclamaba en Harvard en 1886, en 'La relación de los hospitales con la educación médica', una Carta de Derechos para asegurar a los pacientes contra cualquier injusticia de los adoradores de la ciencia. Una repercusión mayor tuvo la publicación en 1898 de las investigaciones llevadas a cabo por Albert Neisser, investigador alemán que descubrió el gonococo, y que fue juzgado y condenado por aquellas investigaciones dando lugar en 1900 a las Directivas Prusianas o primeros estándares éticos para la investigación biomédica. Los resultados publicados por Neisser sobre sus investigaciones para encontrar un método de prevención de la sífilis, que le llevaron a juicio, se habían obtenido inyectando suero de pacientes sifilíticos a pacientes admitidos por otras afecciones, y se habían aplicado a prostitutas que tenían gonorrea, pero no sífilis y que no habían sido informadas, ni habían dado su consentimiento a la realización en ellas de esos experimentos. Puede decirse entonces que a partir de 1900 la historia de la ética de la investigación en salud comenzó a acelerar su desarrollo en extensión y en profundidad. Ese año, además de las normativas prusianas, Walter Reed obtuvo las primeras formas de consentimiento escrito en sus experimentos sobre la fiebre amarilla en Cuba. En 1907, William Osler reclamó, en 'La evolución de la idea de experimento', que los investigadores sujetaran sus estudios a las condiciones de seguridad absoluta y consentimiento pleno de los participantes. En el marco de los experimentos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, George Bernard Shaw acuñó con lucidez en 1913 el término 'conejillo de indias' para referirse a los seres humanos utilizados como aquellos animales de laboratorio, oriundos de Sudamérica, que deben su nombre a que fue desde las colonias españolas que se los hizo conocer en el mundo, y que habían sido popularizados por los experimentos de Pasteur y de Koch, y utilizados por miles en las investigaciones sobre la difteria después de que Löeffler descubrió en 1884 que eran más sensibles a ese germen que ratas y ratones. La sensibilidad de Shaw ante la crueldad de los experimentos con animales (v. *Experimentación con animales)* y su crítica anticipatoria de la deshumanización de la ciencia fueron seguidas, sin embargo, por el salto de las investigaciones en animales a la investigación en humanos. En 1932 se puso en marcha en Estados Unidos el Estudio Tuskegee, que investigó la evolución natural de la sífilis no tratada en 600 hombres negros hasta 1972, aunque en 1947 ya se aplicaba la penicilina para su tratamiento. En 1933, con el ascenso de Hitler al poder, comenzó lo que sería la utilización inmoral y a gran escala de seres humanos para experimentos médicos. Paradójicamente, la sentencia del Tribunal de Nuremberg, en 1947, a las atrocidades de los médicos nazis tuvo en cuenta el Código alemán de 1931 sobre experimentos médicos, que no había sido respetado por los nazis, pero que era el mejor Código de esa época.

La ética de la investigación y los derechos humanos en el origen de la bioética. Los historiadores sitúan el punto de partida de la bioética en 1947 –el año anterior a la Declaración Universal de los Derechos Humanos– con el Código de Nuremberg sobre experimentos médicos. El Código fue un documento adjunto a la sentencia pronunciada en el juicio contra los médicos nazis. (v. *Crímenes de lesa humanidad*). Paradójicamente, las fuentes del

Código resultaron ser las *Richtlinien* o directivas del Ministerio de Sanidad del Reich alemán, relativas a los nuevos tratamientos médicos y la experimentación científica sobre el hombre, promulgadas en 1931. Estas normativas profundizaban los estándares prusianos de 1900 y no tenían comparación en su época, siendo el primer gran código ético sobre ensayos clínicos. Pero este código nunca se aplicó en los campos de concentración y exterminio. Sin embargo, los militares de Estados Unidos que juzgaban a los nazis no habían podido encontrar en su propio país alguna normativa mejor para tener en cuenta. De hecho las normas sobre ética de la investigación fueron muy pobres en Estados Unidos hasta las enmiendas Kefauver-Harris (1962) introducidas por los antecedentes de las malformaciones por talidomida. En el momento en que se juzgaba a los médicos nazis, estaban en pleno desarrollo dos experimentos que llegarían a ser paradigmáticos de la falta de ética en las investigaciones en salud: los experimentos radiactivos secretos iniciados por el ejército en 1944, que se implementarían hasta 1974, y el resonante Estudio Tuskegee –ya mencionado– que, como en el caso de Neisser, estudiaba la sífilis. En 1932 se puso en marcha en Estados Unidos ese experimento en el que aproximadamente 600 hombres negros fueron estudiados durante cuarenta años para conocer la evolución de la sífilis sin tratamiento: 400 de ellos estaban infectados y los otros 200 fueron utilizados como grupo control. Paul Ehrlich ya había recibido el premio Nobel en 1908 por el descubrimiento del salvarsán para el tratamiento de la sífilis, pero el estudio continuó aun después de haberse descubierto la penicilina, de que la misma fuera puesta en uso a partir de 1947 (el año del Código de Nuremberg) y de que la enfermedad fuera, por tanto, tratable muy eficazmente. A los pacientes se les decía que tenían 'sangre mala' (*bad blood*), pero no que tenían sífilis, firmaban para el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos por tratamiento médico sin costo, y se les prometía comida y entierro gratis a cambio de su participación. Si bien el lugar del estudio, el condado (*negro*) de Macon, Alabama, tenía los índices más altos de sífilis en el país, la elección de los negros siempre fue asociada a la idea socialmente extendida de que los mismos eran moralmente inferiores y que padecían la sífilis por esa misma razón. Hasta el cierre del estudio en 1972 habían muerto de sífilis 28 hombres, otros 100 habían muerto de complicaciones relacionadas, al menos 40 esposas habían sido infectadas, y 19 niños habían contraído la enfermedad al nacer.

La Declaración de Helsinki. En 1946 se constituyó en Londres la Asociación Médica Mundial que realizó su primera asamblea general en París en 1947, año del "Juicio a los Médicos". En esa asamblea se trató un conjunto de resoluciones condenatorias de la conducta adoptada por los médicos en Alemania desde 1933. Sin embargo, no fue hasta 1953 que se discutió la idea de un documento de posición sobre experimentación humana; en 1954 la Asociación adoptó en la 8ª asamblea general la Resolución sobre Experimentación Humana: Principios para Aquellos en Experimentación e Investigación. En marzo de 1960 la revista de la Asociación Médica Mundial publicó una amplia sección sobre experimentación humana y, en 1961, el comité de ética de la Asociación produjo un borrador de un Código de Ética sobre Experimentación Humana, que se publicó el año siguiente en el *British Medical Journal*. En 1962 este borrador se discutió en la reunión de la Asociación en Chicago y, finalmente, después de varias discusiones, se adoptó la versión final en la 18ª asamblea realizada en Helsinki en 1964. La Declaración de Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, pasó a ser la norma internacional sobre ética de la investigación biomédica que recogió el espíritu del Código de Nuremberg para perfeccionarlo desde un punto de vista procedimental y sustantivo. A través de sus sucesivas versiones, la Declaración se constituiría en la piedra angular de referencia internacional en ética de la investigación y afirmaría la revisión de las investigaciones por comités de ética de la investigación (v.). Sin embargo, en los años sesenta la ética de la investigación en salud todavía no estaba consolidada en Estados Unidos, país que pasaba a liderar las investigaciones. En junio de 1966 Henry Beecher, que en 1941 había ocupado la primera cátedra en anestesiología de Estados Unidos en la Escuela Médica de Harvard sin tener una especialización formal en ella, publicó su influyente artículo "Ethics and Clinical Research" en el *New England of Medicine*, en el que refería 22 investigaciones no éticas llevadas a cabo en su país (inicialmente había mencionado 32 para el envío de su trabajo al JAMA, que no lo aceptó). Esos ejemplos mostraban violaciones a los requisitos del Código de Nuremberg por parte de prominentes investigadores. A partir de entonces, Beecher fue uno de los mayores defensores de la instrumentación rutinaria del consentimiento en las investigaciones y pasó a ser un referente y precursor de las discusiones que darían lugar a la bioética en Estados Unidos. Entre esas discusiones le tocó integrar el Comité Ad-Hoc de Harvard, que reformuló los criterios neurológicos para la definición de muerte. Sus mayores contribuciones científicas tuvieron lugar en el campo de la farmacología clínica estudiando los estados psicológicos subjetivos en relación a las respuestas objetivas a los fármacos. Muchas de sus investigaciones se

realizaron durante la Segunda Guerra Mundial, integrando el ejército de Estados Unidos, con el que supuestamente colaboró en la búsqueda de aplicaciones del 'suero de la verdad'. A partir de 1955 fue uno de los mayores defensores del uso de placebo en los ensayos clínicos después de haber observado que muchos soldados con grandes lesiones no solicitaban administración de morfina, aunque estuviera disponible. Aunque el llamado 'efecto placebo' había sido enunciado por Graves en 1920, un estudio de H. S. Diehl sobre vacunas de 1938 fue el primer ensayo clínico en el que se usó el término 'placebo' en referencia a una solución salina. Beecher solo le dio gran notoriedad.

Fines civiles y fines militares de las investigaciones: de la higiene racial a la doctrina de la seguridad nacional. La Segunda Guerra Mundial multiplicó las investigaciones médicas secretas de los militares de las principales potencias, en particular de Estados Unidos, que primero competía con Alemania y que después lo haría con la Unión Soviética. Los ejércitos, servicios secretos y dictaduras fueron protagonistas interesados de muchos proyectos que involucraron en los mismos a investigadores, instituciones de salud y a la industria química y farmacéutica. Los estudios éticamente inaceptables fueron innumerables. Los aberrantes experimentos radiactivos realizados en Estados Unidos entre 1944 y 1974, que incluyeron niños (v. *Investigación en niños)* y población civil, y que dieron lugar al Comité Asesor que los investigó entre 1994 y 1995, son un ejemplo. Ese Comité concluyó afirmando que algunos de los miles de experimentos realizados tuvieron como finalidad el avance de la ciencia biomédica, otros fueron conducidos para avances en los intereses de la defensa nacional y varios fueron una mezcla de ambos. Este cruce de intereses ocurrió de modo análogo cuando el químico suizo Albert Hoffmann comenzó a investigar en 1938 para los laboratorios Sandoz en búsqueda de una sustancia que estimulara la circulación sanguínea, y en 1946 descubrió el ácido lisérgico (LSD) y sus efectos. Sandoz sabía que el nazismo podía utilizar sus descubrimientos con fines bélicos y que los militares norteamericanos mostraban gran interés en la sustancia. A partir de los años cincuenta la CIA programó el plan MKULTRA, cuya finalidad, en pretendida competencia con los servicios secretos soviético, chino y coreano, era estudiar el comportamiento de individuos que recibieran LSD. Cuando estos experimentos fueron hechos públicos por *The New York Times* en 1974, y en 1975 se supo del memo secreto del Secretario de Defensa que autorizaba los experimentos, los archivos del plan habían sido destruidos. Con la documentación recuperada, se supo que entre 1955 y 1975 unos siete mil soldados recibieron LSD como conejillos de indias. Se ha afirmado que entre 1947 –año de creación de la CIA– y 1953, Washington compró a Sandoz un millón de unidades de LSD. Cuando el plan fue interrumpido se remplazó por el MKSEARCH, que tenía por finalidad elaborar un 'suero de la verdad' perfecto para interrogar a posibles colaboradores de la Unión Soviética. El tiopental sódico o pentotal, descubierto en la década de los treinta por químicos del Laboratorio Abbott, luego de servir a estos experimentos, terminaría siendo aplicado en combinación con cloruro de potasio y bromuro de pancuronio como inyección letal para la ejecución de condenados a muerte en algunos estados. En 1987, la Suprema Corte de Estados Unidos tuvo que conocer de una demanda derivada de las revelaciones sobre los experimentos militares, y aunque el voto de mayoría sostuvo que los miembros del ejército no podían demandar al gobierno por ningún daño en servicio, los votos en disenso afirmaron, por primera vez desde la Corte, la obligación de respeto del Código de Nuremberg, incluyendo las investigaciones del gobierno.

Del Informe Belmont al doble estándar. En 1978 una Comisión Nacional del Congreso de Estados Unidos dio lugar al Informe Belmont en el que se estipulaban los principios éticos de respeto por las personas, autonomía y justicia como básicos para la ética de la investigación. Con este informe se abrió una nueva etapa hasta 1997, que mostró el apogeo de la bioética de la justificación moral por principios, que influyó en varias normas surgidas durante esos años. En esta etapa, si bien se reconoció el lugar normativo destacado del Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, se minimizó el lugar que representaron los derechos humanos para esas normas y con esta disociación entre derecho legal y derecho moral se relativizó el universalismo de Nuremberg y Helsinki. En 1997 comenzó una nueva etapa en la ética de las investigaciones y la bioética en general, que llegaría hasta 2005, cuando se aprobó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. Tres hechos hechos relevantes marcaron el comienzo de la misma en 1997: la aprobación de la Convención Europea sobre Derechos Humanos y Biomedicina, la aprobación de la Declaración sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos por la Unesco y las denuncias sobre el doble estándar ético en investigaciones biomédicas internacionales patrocinadas por organismos gubernamentales de Estados Unidos. La autoridad que dio lugar a la Convención Europea de Bioética fue el Consejo de Europa, y las denuncias sobre las investigaciones no éticas en la transmisión vertical de VIH-sida en países pobres fue realizada por miembros de un organismo no gubernamental de derechos humanos. A partir de entonces y pese a que la Declaración de Helsinki

había sostenido como principio básico que la preocupación por el interés del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad, algunos bioeticistas reclamaron una revisión de la Declaración defendiendo lo que ha denominado "doble estándar" (v.): un tipo de terapia para países desarrollados y otro para países en desarrollo. Se sostuvo así que la información que la gente de los países en desarrollo debía recibir era si el régimen de corta duración era mejor o peor que el disponible en ese momento para la mayoría de ellos (por ejemplo antirretrovirales) y que esta es exactamente la clase de información que uno recibe de un ensayo controlado con placebo, por lo que debía establecerse como estándar el de la "terapia más alta disponible y sustentable". La Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos presionó a la Asociación Médica Mundial para que se revisara el estándar ético internacional único. Esas presiones se extenderían a la Organización Mundial de la Salud para involucrarla en un sistema mundial de revisión de las investigaciones acorde con el doble estándar. Los dos puntos de presión giraron en torno a la flexibilización del uso de placebos, que la FDA aceptaba con mayor permisividad que la Declaración de la AMM (artículo 29 de su revisión de 2000), y al abandono de la garantía de acceso al mejor tratamiento probado tanto al ingreso como a la salida de los sujetos de investigación de un estudio (artículo 30 de la revisión de 2000). Por eso se dijo que la FDA ponía a la ciencia delante de la ética y que el consentimiento informado ya no bastaba sin una apertura al escrutinio público. En el asedio a la Declaración de Helsinki pudo verse una muestra de esa lógica de dominación que pretendía romper la moral universal de respeto integral a los derechos humanos. El punto central del asedio era terminar con el carácter "inalienable" de la Declaración. Durante esta etapa, organismos como la Comisión Nacional de Bioética de Estados Unidos y el Consejo Nuffield del Reino Unido establecieron pautas para las investigaciones biomédicas en países pobres. También tuvo lugar la revisión 2002 de las Pautas CIOMS-OMS, que consagró el doble estándar moral en su pauta 11. La FDA abandonó a la Declaración de Helsinki en 2004 culminando el antiuniversalismo iniciado con la postulación del doble estándar.

De los laboratorios a las corporaciones globales. Si la historia muestra que la ética en las investigaciones médicas fue violada inicialmente en modo principal por los investigadores individuales hasta 1931, y que durante la Segunda Guerra Mundial y su posguerra las mayores violaciones fueron cometidas por ejércitos y servicios secretos hasta finales de los años setenta, a partir de los años ochenta la escena de las investigaciones biomédicas estaría dominada por la gran industria farmacéutica y biotecnológica. Y esa industria pasó a ser, asociándose fuertemente a organismos académicos y gubernamentales no militares, la mayor fuente de problemas éticos en las investigaciones. Después de la caída del Muro de Berlín en 1989, y con la postulación de un Nuevo Orden Mundial en el que la globalización económica dominaría el escenario internacional hasta 2001 (v. Globalización), la expansión neoliberal de la industria farmacéutica durante los noventa parecía no tener límites. Las diez compañías de medicamentos más poderosas del mundo pasaron a ser Pfizer, Merck, Johnson&Johnson, Bristol-Myers Squibb y Wyeth de Estados Unidos; GlaxoSmithKline y Astra Zeneca del Reino Unido; Novartis y Roche de Suiza, y Aventis Sanofi-Synthelabo de Francia. Esa expansión había comenzado en 1980, cuando en Estados Unidos la industria farmacéutica pasó a ser la más lucrativa de las industrias al facturar doscientos mil millones de dólares en 2002, tan solo por medicamentos recetados en ese país, sin incluir las compras de instituciones de salud. La ley Bayh-Dole, aprobada bajo la administración Reagan con el objetivo de mejorar la posición de la industria farmacéutica y biotecnológica estadounidense en el mercado internacional, permitió la transferencia tecnológica de las universidades y los Institutos Nacionales de Salud hacia las compañías farmacéuticas, otorgándoles las licencias exclusivas de sus descubrimientos. De este modo, un tercio de los medicamentos comercializados por la industria eran descubiertos en las universidades y organismos gubernamentales (Institutos de Salud). A partir de 1984, con la ley Hatch-Waxman, se prolongó la vigencia de las patentes de medicamentos de marca en perjuicio de los genéricos. Así, la influencia política de la industria pasó a ser dominante durante la época Reagan. Eso explica que la administración Clinton fracasara en su intento de establecer un nuevo sistema de salud que estaría financiado por una reforma sobre la industria farmacéutica. Esa asociación de intereses gubernamentales, académicos y comerciales explica también que las investigaciones no éticas sobre la transmisión vertical del sida realizadas en 17 mil mujeres de República Dominicana, países africanos y Tailandia, denunciadas por Lurie y Wolfe en 1997, fueran patrocinadas por el Departamento de Salud de Estados Unidos, los Institutos Nacionales de Salud, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta y la Universidad de Harvard. También se explican así, entre muchas conductas interesadas y faltas de ética, la postulación del doble estándar, el ataque subsiguiente a la Declaración de Helsinki y el abandono de la misma por la FDA, los intentos de hacer de las Guías de Buena

Práctica Clínica, originadas en la industria farmacéutica, el nuevo estándar ético para las investigaciones internacionales y la defensa de esta estrategia de intereses por bioeticistas surgidos de ámbitos académicos definitivamente comprometidos con este modelo. Frente a esta asociación, a todas luces contraria al bien común y a la integridad, libertad y bienestar de las personas, la industria proponía el encubrimiento de sus verdaderos fines de lucro, con una falsa argumentación donde el alto costo de los medicamentos –inasequible para la gran mayoría de la población mundial– se debería a su gran inversión en investigación y desarrollo para la innovación en la atención de la salud en orden a mejorar la calidad de vida de las personas. Lo cierto y probado era que la industria gastaba menos en investigación y desarrollo que en propaganda y maniobras de ventas, que sus innovaciones eran pocas, pero en cambio trabajaba mucho en renovar patentes y repetir medicamentos con ligeras modificaciones y en tener, como las compañías de la competencia, un medicamento parecido o igual para pujar por el mercado, que muchas de sus pocas innovaciones se originaban en investigaciones financiadas con fondos públicos, que los medicamentos eran cada día menos seguros para quienes los consumían y para quienes participaban en las investigaciones por la rapidez con que se introducían al mercado para tener un rápido retorno financiero, y que era cotidiana la corrupción y la compra de influencias políticas por sobornos junto a los más variados tipos de incentivos indebidos para sesgar la voluntad de los médicos en su receta de medicamentos.

Forma dignidad y forma mercancía en la investigación sobre seres humanos. Los medicamentos que la industria farmacéutica produce, según la moral del sentido común, son un bien social primario orientado a satisfacer las necesidades en salud y a asegurar la protección del derecho a la salud. En esta perspectiva, el fin último de toda investigación biomédica debe ser el bien común. Sin embargo, este supuesto no se cumple. El fin de la investigación biomédica llevada a cabo por la industria farmacéutica es el lucro y su medio es el mercado del medicamento, por lo que la satisfacción de las necesidades en salud es sólo un fin secundario. De allí que la mercantilización globalizada de la investigación, para lograr ser socialmente eficaz, ha elaborado un discurso enmascarador que en modo inverso pone como fin primario el beneficio social y como fin secundario el lucro. Se trata de una acción estratégica solapada en la que se pretende hacer creer a los demás que la investigación financiada por la industria se mueve dentro de los supuestos de un diálogo que pueda conducir al entendimiento –en el sentido moral de este término– cuando en realidad se trata de la defensa de intereses particulares. Es un engaño consciente y a veces una manipulación cuya falsedad se articula por muy diferentes tácticas y cuya comprensión crítica exige analizar la trama compleja que permite sostener ese engaño. El objeto –dicho en términos epistemológicos– de esa disputa por el significado es el cuerpo de los individuos incluidos en las investigaciones y el de aquellos que finalmente accederán o no al producto comercial derivado de esa investigación. El significado de esos cuerpos será la forma mercancía en las investigaciones, entendidas con finalidad mercantil (v. *Plasmaféresis: la sangre como mercancía*); en modo opuesto, el significado de esos cuerpos será la forma dignidad en las investigaciones, entendidas con finalidad moral. El resultado en incesante cambio del conflicto permanente entre esas dos formas es la sustancia de la ética de la investigación. Miles de personas que participan en investigaciones son simples medios para los intereses de otros; eso significa que se está violando su dignidad. ¿Qué se puede hacer desde la bioética latinoamericana ante esta problemática? La respuesta procedimental es el desarrollo de sistemas nacionales de revisión ética y protección de los derechos humanos en las investigaciones biomédicas (v. *Sistemas de revisión ética*). La respuesta sustantiva es la construcción de un nuevo consenso internacional de justicia global frente a la cosificación de los seres humanos por las megacorporaciones globales gobierno-academia-industria de los países ricos.

[J. C. T.]

Progreso científico y desarrollo social

Carlos R. Gherardi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La investigación científica. El desarrollo del conocimiento científico ha tenido un aumento exponencial en el último siglo y, dentro de él, quizá el segmento biológico ha sido el más importante habiendo prestado sustento a la mayoría de los avances que la medicina puede exhibir en las últimas décadas. La biología molecular marcó en verdad un hito en la investigación científica para la comprensión de muchos fenómenos fisiológicos y patológicos, y posibilitó hasta su aplicación metodológica por los beneficios en la fabricación de muchas drogas, sobre todo antígenos y anticuerpos. El anuncio al mundo de la decodificación del genoma humano y la celebración de este evento como una victoria para toda la humanidad sólo fueron posibles por la defensa de una ética de la

investigación basada en la libre y universal disponibilidad del conocimiento a través de su difusión en publicaciones científicas, en contraposición al interés económico y al intento cierto del registro de la marca o patente del ADN, un patrimonio universal de la especie humana. El impacto de este avance científico en la medicina permitió en cincuenta años tal vez un *progreso* superior al ocurrido desde la época hipocrática y sus beneficios son palpables en la prevención y control de muchas enfermedades antes incurables, en el abordaje cotidiano de prácticas de alta complejidad y en el considerable aumento en la expectativa de vida de la población que tiene asegurado su derecho a la salud. Sin embargo, este incremento en el sustento científico de la práctica médica ha puesto en evidencia dos problemas centrales que se relacionan íntimamente con la naturaleza íntima de la medicina y las condiciones de la vida del hombre en su comunidad.

Medicina y ciencia. El conocimiento científico no ha influido de modo terminante en la precisión del acto médico que siempre oscila entre la incertidumbre y la probabilidad. La práctica de la medicina es un arte destinado a lograr la curación o el alivio del paciente, y las disciplinas duras sobre las que se asienta su conocimiento como ciencia se basan en postulados ciertos que se constituyen en leyes y verdades perdurables. La práctica de la medicina, que resume e integra el conocimiento científico junto al adiestramiento técnico y la comprensión humana, se acerca al arte por su singularidad (atiende a un paciente), por la presencia constante de su componente creador y por explorar siempre el mundo íntimo de la persona. De la ciencia, toma la objetividad de su conocimiento y el fundamento de sus acciones. De ambos, ciencia y arte, comparte la imaginación indispensable que siempre debe estar presente para establecer el diagnóstico e indicar el tratamiento. La mejor comprensión de los fenómenos involucrados en cada enfermedad ha estrechado el margen de incertidumbre a la hora del juicio clínico, aunque las nuevas disponibilidades de acciones posibles conspiran contra ello porque se suman variadas opciones en cada caso. Cuando muchos avances de la ciencia permiten una mayor comprensión de los fenómenos biológicos sin obtenerse obligatoriamente una respuesta en la eficacia terapéutica, el apotegma "*Curar sin entender es sospechoso, comprender sin curar es virtuoso*" constituye un peligroso desvío de las metas de la medicina.

Progreso científico y desarrollo social. El concepto de desarrollo humano (PNUD) entraña el estudio de la ampliación de las opciones que los pueblos tienen para vivir de acuerdo con sus valores. Significa incluir en el desarrollo, además de la producción, la esperanza de vida, la medición de la nutrición de los niños, el nivel de alfabetización y escolaridad, la mortalidad materna e infantil, el acceso al agua segura y la sostenibilidad ambiental, el grado de empleo y desigualdad, los problemas de género y muchos factores más que aseguren la vida en un hábitat decente y el mantenimiento posible de una salud buena. En una década de progreso científico como la de 1990, América Latina es el continente en que más creció la distancia entre el ingreso de los ricos respecto de los más pobres y duplicó la "pobreza", que Kliksberg califica de "innecesaria" porque es hija de la desigualdad, y de "paradojal" porque no se corresponde ni con la riqueza del recurso natural ni tampoco con los niveles del Producto Bruto ni del Producto Bruto *per* cápita. Esta situación social ha permitido la reaparición de enfermedades cuya incidencia era mínima o directamente habían desaparecido en muchas regiones, como la tuberculosis, el cólera, la malaria, el dengue y otras enfermedades infecciosas. Estamos citando enfermedades que tienen prevención segura o tratamiento cierto, pero cuya reaparición por el hambre, el hacinamiento y el abandono ninguna investigación puede resolver. En el mismo sentido, los índices de desnutrición infantil, que siendo también hija de la pobreza extrema provoca la destrucción de las capacidades neuronales de los niños que tendrán severas disfuncionalidades de todo orden para el resto de sus vidas, tendrán consecuencias inevitables que no podrán ser resueltas por ningún emprendimiento científico. Todos estos graves problemas, que van desde la investigación del conocimiento básico biológico hasta cualquiera de los aspectos que se miden en el desarrollo humano, adolecen de una carencia esencial que es dependiente del desinterés por el destino de la sociedad y la protección de la dignidad humana, del olvido de la afirmación de los valores esenciales del ser humano y de la generación de una cultura individualista y egoísta que nos aleja de la virtud de la solidaridad y del altruísmo. No bastará el ejercicio correcto de la responsabilidad pública de los gobiernos, hoy frecuentemente ausente, de la acción de las organizaciones sociales o de las declaraciones y metas de los organismos internacionales, si todo no se acompaña con la actitud y conducta permanente de cada uno de nosotros para cambiar este *ethos* contemporáneo que no parece conducirnos al progreso del bienestar a pesar los incuestionable adelantos de la ciencia biomédica. Nos queda la esperanza de la lucha cotidiana de cada uno para apostar a una vida digna para todos que nos proteja de la enfermedad prevenible mas allá de la intervención médica, de creer en la existencia de un concepto de salud más social que biomédico (salud integral), de exigir

normas reguladoras de la investigación que no olviden al hombre como sujeto moral y a la sociedad como custodio de la humanidad, y de luchar por una mayor educación de los niños y los jóvenes como único recurso de cambio para una modificación de la cultura de los años por venir.

Referencias

John Sulston, Georgina Ferry. *El hilo común de la humanidad. Una historia sobre la ciencia, la política, la ética y el genoma humano*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 2003. - Manuel Medina, Teresa Kwiatkowska (comps.). *Ciencia, Tecnología, Naturaleza, Cultura en el siglo XXI,* Ed. Anthropos, 2000. - Bernardo Kliksberg. *Hacia una economía con rostro humano,* 2ª ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2003.

Experimentación con animales

Roberto de la Peña Pino, Ángel Concepción Alfonso (Cuba) - *Centro Nacional de Genética Médica*

La ética en el uso de animales en las investigaciones no debe limitarse a la información sobre cualquier tipo o forma de procedimiento que se ejecute directamente en los animales tratando de reducir al mínimo el daño físico o psíquico que se les ocasione, si no incluye también una información más detallada en la cual se consideren aspectos como el nombre correcto de la línea, la raza o especie empleada, el centro de origen y las condiciones de alojamiento (temperatura, humedad, ventilación, iluminación, el tipo de jaula y la densidad). Además, debe incluir el tipo y la cantidad de alimento suministrado para que los resultados alcanzados por el investigador puedan ser repetibles en cualquier otro lugar aplicando los mismos procedimientos. Sin embargo, no siempre los investigadores toman en cuenta la importancia que tiene el aportar la mayor información posible respecto a las condiciones en las cuales se ejecutó el experimento para que cualquier interesado tome esta como patrón comparativo; tal vez eso esté ocurriendo en la confianza de que las violaciones de las normas y regulaciones son cosas de décadas pasadas que fueron señaladas en su momento (Nab, 1994). El presente trabajo pretende alertar sobre la necesidad de incorporar en nuestra concepción de la ética experimental aspectos de la información que no están directamente relacionados con el procedimiento en sí del experimento, pero que influyen en la respuesta del animal y que a veces se omiten.

Una revisión de 152 trabajos publicados en 9 revistas nacionales de ciencias médicas en formato electrónico durante el periodo enero de 2000 al primer trimestre de 2005, en que se analizaron los indicadores que se relacionan, arrojó los siguientes resultados: nombre del animal mal definido, 27 (17,76%); no aclara el centro de origen del animal o no es reconocido, 76 (50,0%); no refiere condiciones de alojamiento, 70 (46,71%); no define bien las condiciones de alojamiento, 29 (19,08%); no refiere el tipo de jaula y la densidad, 124 (81,58%); no define correctamente el tipo de alimento, 113 (74,34%); no indica el destino final de los animales, 66 (43,42%); no aclara el método de eutanasia empleado, 12 (33,33%, basado en los 33 trabajos que indicaron el sacrificio). El no indicar la línea, raza o especie (indicador 1) con la cual se trabaja o utilizar términos como albino o blanco sin ninguna otra especificación denota que hay desconocimiento o mal asesoramiento de la terminología empleada para distinguir el animal con el cual se ha realizado el trabajo experimental. Tal situación promueve la creencia, que puede ser errónea, de que el investigador es un principiante, no sabe nada sobre animales de laboratorio o no ha tenido un asesoramiento adecuado del especialista o técnico en animales del bioterio (vivario, animalario).

Cuando no se aclara el centro de origen del animal (indicador 2) o este procede de un centro no reconocido como productor de animales, surge la duda razonable sobre la calidad genética e higiénica del animal empleado y, lamentablemente, sobre la influencia que puede haber ejercido el estatus genético e higiénico del animal en los resultados obtenidos. Por tanto, es imprescindible para todo investigador no omitir el centro de procedencia del cual obtuvo los animales empleados en su trabajo de investigación, tanto más si este trabajo está relacionado con la toxicología experimental, la cual requiere cumplir los procedimientos de buenas prácticas (Cetex Cenpalab). Omitir o definir parcialmente la información sobre las condiciones de alojamiento en las que se llevó a cabo el trabajo experimental (indicador 4) o sobre la densidad por jaula (indicador 5 y, a su vez, aspecto más deficiente) impiden a otros investigadores hacer comparaciones adecuadas de los resultados o provocar dudas acerca de si se realizó o no en las condiciones debidas. Pudiera además introducir errores de interpretación en los resultados cuando la densidad sobrepasa los límites mínimos para que se exprese la conducta individual y de grupo, porque el estrés puede alterar la respuesta fisiológica o bioquímica y con ello motivar dudas sobre la veracidad o calidad de los resultados.

Otro aspecto al cual no se le confiere importancia es el uso de términos inapropiados o incorrectos para indicar el tipo de alimento (indicador 6), como "se suministró ratonina", pues esto puede provocar que el término no sea entendible para

investigadores de otras naciones. Otro término empleado es "se suministró pienso ad libitum", el cual introduce dos elementos a considerar: uno es la cantidad suministrada, la cual sea tal que exceda los límites diarios necesarios para su alimentación y por tanto su permanencia por varios días provoque una disminución paulatina de la calidad nutritiva del pienso al perder sus cualidades organolépticas, que pudiera tener influencias negativas en estudios sobre crecimiento y desarrollo prenatal y posnatal o alterar resultados en determinadas pruebas de cronicidad en toxicología o en estudios fisiológicos; el otro, aunque con menos importancia, es que no identifica para qué especie, dando por hecho que el lector asocie el tipo de pienso con la especie con la cual se experimentó. También hubo trabajos en los que no se identifica la marca ni la procedencia. Incluso esto se omite en trabajos publicados en revistas internacionales porque quizá no se le otorgue importancia en trabajos generales en el ámbito internacional; sin embargo, a juicio de los autores, sobre todo cuando se trabaja en toxicología y atendiendo a las normas internacionales (normas ISO), se debe indicar el nombre con el cual se identifica el alimento suministrado.

Las omisiones sobre el destino final de los animales solicitados y empleados en el curso de la investigación y sobre el método de eutanasia (indicadores 7 y 8) podrían provocar dudas acerca de si los animales que quedaron vivos después de concluido el experimento se emplearán en otros trabajos, lo cual sería una violación de los principios básicos (CCPA) y conduciría a opiniones desfavorables o críticas desde el punto de vista ético. Lo mismo ocurre con el método de eutanasia aplicado. En los casos que se reconoció su uso sin definir cuál se utilizó, la duda se centraría en si el método empleado fue el más indicado para la especie en cuestión. Para los investigadores este detalle no puede obviarse en ninguna situación porque constituye una de las orientaciones recogidas en las normas establecidas en cualquier manual sobre buenas prácticas de laboratorio (Cenpalab y Cetex Cenpalab).

Estas deficiencias en la información resultan contradictorias porque un centro de investigación dispone de guías (ILAR, Nat Res Coun), Manuales de Buenas Prácticas de Laboratorios, copia del Proyecto de Ley de la Sociedad Cubana para la Ciencia de Animales de Laboratorio (Junta Directiva SCCAl) y posee personal investigador y técnico que ha recibido alguno de los cursos de preparación impartidos desde hace más de dos décadas para experimentar con animales en la investigación (Peña y Marta, 1994), además de otros más específicos sobre ética en la experimentación. Las consideraciones de cada uno de los indicadores en conjunto pudieran conducir, justificada o injustificadamente, aun cuando no sea esa la intención del lector, a la duda razonable sobre la calidad de los resultados, o a que no puedan ser comparados en toda su magnitud con resultados dados por otros investigadores, por no realizarse en igualdad de condiciones o no disponer de los datos necesarios. Además, tampoco podrían ser citados por otros autores. Dado que los trabajos que se publican en formato electrónico trascienden las fronteras de cualquier nación, es aconsejable que sean revisados cuidadosamente para que no se escapen estas pequeñas omisiones que podrían ser objeto de interpretaciones erróneas o de críticas. De hecho ello contribuiría a mejorar la calidad de la información ofrecida, considerando que esta constituye un aspecto indisoluble de la ética experimental en toda investigación que implique el uso de animales.

Referencias

CCPA. *Las necesidades compartimentales de los animales de experimentación, Manual,* Vol. 1, 2ª ed., 1999. - Cenpalab. *Código de Uso de los Animales de Laboratorio del CENPALAB*, La Habana, 1992. - Cetex, Cenpalab. *Código de las Buenas Prácticas de Laboratorio,* Centro de Toxicología Experimental, La Habana, Cenpalab, 1992. - ILAR, NRC. *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals*, National Academic Press, Washington, 1996. - National Research Council. *Guía para el cuidado y uso de los animales de laboratorio,* Academia Nacional de Medicina, Edición Mexicana, 2002. - Proyecto Ley para la Protección y el Bienestar de los Animales de Experimentacion. Junta Directiva SCCAL 2001. - J. Nab. *Experience and application of the ethic comité in biomedical research in different european countries*, III Congreso Nacional de la Sociedad española para las Ciencias del Animal de Laboratorio. Libro de Resúmenes, Ed. Centro de Instrumentación Científica, 1994, pp. 31-34. – R. Peña, *Curso de animales de experimentación para médicos dedicados a la investigación,* III Congreso Nacional de la Sociedad española para las Ciencias del Animal de Laboratorio. Libro de Resúmenes, Ed. Centro de Instrumentación Científica, 1994, pp. 262. - *Recomendaciones para la eutanasia,* 1999, última versión http/www.secal.es/euta 2.htm

Investigación médica básica

Alina Alerm González (Cuba) - *Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana*

Investigación médica básica. Se entiende por investigaciones médicas básicas aquellas que poseen como objeto de estudio particularidades de las estructuras, el funcionamiento y los comportamientos del organismo de los humanos y sus alteraciones, y están encaminadas a obtener conocimientos, pero no a producir metodologías, tecnologías, ni a intervenir directamente en el hombre. Constituyen una de

las clasificaciones de la ciencia. La ciencia es una forma de la conciencia social, un estilo de pensamiento y de acción en la que tenemos que distinguir entre el "*trabajo, la investigación, y su producto final: el conocimiento*" (Bunge, 1966). La investigación como trabajo con el que se obtiene un producto intelectual está determinada por la estructura económico-social en la que se desarrolla, recibe la influencia de otras formas de la conciencia social y de lo que ella misma ha creado, pues posee entre sus características esenciales un sistema autocorrector. Sin embargo, en la actualidad persisten debates entre quienes la consideran totalmente desinteresada, imparcial, sin que obedezca a presiones externas o al margen de compromisos ideológicos y morales, y los que consideramos que forma parte de una concepción del mundo predominante, que obedece a una ideología, se ajusta a la moralidad de una época y está sometida a una actividad valorativa general en relación con su jerarquización o su uso. La manera de entender la credibilidad de la búsqueda y validación de la verdad ha cambiado de un contexto individual de los investigadores a una exigencia de validación a través del consenso de la intersubjetividad de la comunidad científica. La investigación y sus resultados se hacen creíbles y respetables una vez conocidos, declarados válidos y aprobados por la comunidad científica y por el grupo sociocultural en la que se difundirán y aplicarán (Bacallao, 2002). La ciencia, como manifestación del quehacer humano, al ser valorada por la sociedad como un buen o mal proceder, adquiere una connotación ética. Esta actividad es compleja por sus objetos de estudio, métodos, objetivos y alcances. Se le denomina *ciencia formal* si su objeto de estudio son aspectos del conocimiento que no se encuentran en la realidad, estudian ideas, sus interrelaciones y ordenamiento y la forma en que el hombre la procesa en su actividad psíquica; y *ciencia factual* si estudia hechos que ocurren en el mundo, acuden a esa realidad y apelan a la experiencia para realizar investigaciones. Por sus objetivos y alcance se denomina "pura" cuando tiene como objetivo incrementar el conocimiento o aumentar nuestro bienestar y poder; y "aplicada" si tiene como objetivo la aplicación práctica de los resultados obtenidos con los mismos métodos de la ciencia "pura". Tiene valoración diferente en cuanto a los buenos procederes que debe caracterizarla, y en cuanto a las consideraciones éticas a las que la somete la comunidad científica y la sociedad. En la investigación "pura", básica o fundamental, los investigadores buscan nuevas leyes naturales, tratan de entender mejor el mundo y su evolución. Las investigaciones médicas básicas se encaminan a enriquecer o modificar el cuerpo de teorías y leyes científicas acerca del organismo, pero, por ser creaciones humanas con repercusiones en las personas, en la naturaleza y en la sociedad, forman parte del interés social y deben ser valoradas socialmente como buen o mal proceder.

Requerimientos éticos de las investigaciones médicas básicas. Para Lolas (2000), estas investigaciones poseen como únicos requerimientos éticos los relacionados con la validez de los resultados, la propiedad e idoneidad de los métodos e instrumentos empleados, la exactitud de las mediciones, el ajuste a la estricta verdad sin falsificación deliberada de los datos, sin adulteración de registros u omisión de fuentes de información, la apropiación indebida del trabajo o de resultados de otros investigadores, el uso inadecuado y abuso de animales de experimentación o incluso de los seres humanos. Pero esta forma de ver el compromiso ético obvia problemas de legitimidad derivados del hecho que la ciencia, sea cual fuere su objetivo y alcance, puede tener en un plazo de tiempo impredecible aplicaciones indebidas de sus resultados, subordinarse al poder económico, político o militar de las minorías en contra de las mayorías desposeídas, sin olvidar los efectos sobre el ecosistema o la enajenación mental que pondría en crisis la posibilidad de subsistencia de los seres humanos del futuro. Las investigaciones médicas básicas deben someterse a un control ético con participación social, que analice las posibles consecuencias basado en un pronóstico a largo plazo. No faltarán dilemas éticos alrededor de conflictos de intereses entre las motivaciones de los investigadores, las necesidades de la sociedad, la disponibilidad de recursos, las presiones de las instituciones donde se realizan, de los grupos de poder que sustentan a las transnacionales y la posibilidad de distribuir equitativamente las aplicaciones beneficiosas que se derivarían a largo o mediano plazos. Los temas más investigados son los que afectan a sectores con mejor nivel de vida, en detrimento de las enfermedades de países pobres con elevadas morbilidad y mortalidad. Se estima que 90% del presupuesto anual mundial para las investigaciones médicas se dedica a enfermedades que afectan al 10% de la población (Commission on Health Research for Development, 1999). Esta dimensión ética, relacionada con la selección de los problemas para las investigaciones básicas, requiere consenso dentro de la comunidad científica, con participación social, para equilibrar las investigaciones sin coartar la iniciativa creadora de los científicos, afectar su autonomía, ni lesionar su curiosidad natural. La curiosidad intelectual es la fuente de la mayoría de los conocimientos científicos y, según Bunge, "*el hombre es el único ser problematizador, el único que puede sentir la necesidad y el gusto de añadir*

dificultades a las que ya le plantea el medio natural y el social y que tiene la capacidad de 'percibir novedad' y 'ver' nuevos problemas e inventarlos", (Bunge, 1966). Pero el conocimiento por el conocimiento no se justifica, y para otorgar fondos limitados, la justificación y propósitos de la investigación deberán responder a problemas de alta prioridad para las mayorías o, al menos, un grupo social necesitado. Cuando las desigualdades sociales se incrementan en países con economías de mercado, la evolución del modo de pensar en la ética de la investigación se mueve de acuerdo con los modos históricos de interacción entre países desarrollados y los que eufemísticamente están en vías de desarrollo (Penchaszadeh, 2002), porque estos estudian problemas del primer mundo y los que tienen continúan sin prioridad. Consorcios que evaden impuestos crean fundaciones que financian investigaciones sobre temas prefijados, importantes para el país que paga, pero no para el del investigador. La reducción de los presupuestos para la investigación en universidades lo favorece, pues para sobrevivir como academia venden su fuerza "intelectual" a poderosos financistas interesados en temas muchas veces ajenos a las necesidades de las mayorías. La ciencia concomita con problemas de desigualdad social, donde el impacto a largo plazo de los resultados de los descubrimientos científicos no se distribuye igualmente, porque la aplicación del progreso y la justicia distributiva de los bienes y los derechos depende de la estructura económica y social. Las iniquidades en salud no pueden desvincularse de las investigaciones médicas básicas, porque estas dan soporte teórico para la prevención de enfermedades, y muchos diagnósticos y tratamientos se basan en resultados que se obtuvieron en investigaciones básicas.

Los fines, las consecuencias, las circunstancias. El juicio moral, favorable o no para las investigaciones médicas básicas, dependerá de que se distinga entre fines objetivos y subjetivos, que son los propósitos. Cada vez más aceleradamente, los conocimientos obtenidos en investigaciones básicas son marco conceptual de investigaciones aplicadas que pueden incumplir principios éticos porque atentan contra la salud y la integridad de las personas, inducen conductas eugenésicas y discriminatorias, y violen el principio de la justicia, lo que obliga a establecer normas. Pero deben meditarse las bases para un compromiso ético entre los científicos en previsión de esas consecuencias, y tener en cuenta –según apunta Gracia (1998)– que con un sistema de principios, sea el que fuere, no se pueden solucionar a priori todos los problemas morales. Las circunstancias aportan un toque particular al debate ético en relación con los fines y las consecuencias, pues cualquier enfoque, por ser producto de juicios valorativos de seres humanos, está sujeto a cambios que dependen de las ideas que predominan en sus instituciones, en el contexto de su sociedad y de su cultura y, a su vez, dependen del carácter intrínseco de cada sociedad, determinado por las relaciones de propiedad y por el sistema jurídico. La rigidez de los principios morales se rompe en ocasiones frente a la fuerza de la realidad (Gracia, 1998), pero las justificaciones de excepciones basadas en las circunstancias podrían abrir brechas para revestir de moralidad consecuencias de investigaciones básicas que a todas luces no son éticas, aunque se intente ampararlas desde otro principio de rango superior. Por tanto, la humanidad deberá exigir que sean sometidas a debate por la sociedad, participando la comunidad científica e incluso organizaciones multinacionales, pero con criterio propio y no manipuladas por grupos de poder de naciones que mantienen la hegemonía mundial.

Los métodos y procedimientos. Un enfoque poco convencional al tratar aspectos éticos de las tecnologías empleadas en las investigaciones básicas es el relacionado con limitaciones para elegir las originadas en países industrializados, que están fuera del alcance de los más pobres por su elevado costo, además de existir monopolización del desarrollo científico-técnico por un reducido número de países y corporaciones trasnacionales. Las barreras que obstaculizan la elección y el acceso a los procedimientos pertinentes para las investigaciones médicas básicas, lejos de disminuir han aumentado, lo cual cierra las oportunidades de lograr investigaciones de avanzada en los países del tercer mundo (Choucri, 1998). Añádanse las graves lagunas tecnológicas de los países pobres, que no tienen capacidad para el desarrollo de esas investigaciones porque carecen de investigadores calificados. Los que logran alcanzar un desempeño destacado, emigran hacia países industrializados donde encuentran un mercado laboral que les permite alcanzar desarrollo profesional y bienestar material. Junto al debate de si las técnicas son éticamente permisivas para usarlas en investigaciones médicas básicas, ya que pueden causar perjuicio a los individuos objeto de la investigación o a los investigadores, la pertinencia de los métodos, la exactitud de las mediciones, la excelencia en la ejecución de procedimientos y otros elementos inherentes a su aplicación y ejecución, deberán analizarse los conflictos globales de las desigualdades de acceso a las tecnologías, que atentan contra el desarrollo equilibrado de la ciencia en el mundo. Las tecnologías de última generación y ciertos procedimientos no han sido aún validadas por el tiempo, importante comprobador de inocuidades o de efectos dañinos a largo plazo, para valorar si un proceder cumple los

requisitos éticos para emplearlo. Afirmar que "se cumplieron los requerimientos del consentimiento informado" para incorporar seres humanos a las investigaciones médicas básicas no legitima el sufrimiento ni el perjuicio a la salud. El debate en torno al consentimiento informado es largo y no es objeto de este acápite, pero el aporte de Núñez de Villavicencio (1997), cuando se refiere a que el consentimiento debe ser educado, porque "no siempre basta con informar al sujeto para que esté debidamente preparado para tomar decisiones, porque educar es mucho más que informar", es crucial en investigaciones básicas donde estén implicados seres humanos.

Consideraciones finales. Cuando se habla sobre desarrollo humano y su influencia en la investigación, se alude generalmente a sus resultados en términos eufemísticos de beneficencia, sin considerar que los problemas éticos fundamentales se encuentran en la existencia o ausencia de justicia mediante la distribución equitativa de la beneficencia, porque el desarrollo humano no alcanza el verdadero valor moral positivo que se le puede atribuir hasta que no responda a criterios de justicia y de intereses de las mayorías, de contexto y situaciones específicas. Los problemas de justicia en relación con la distribución de los resultados de las investigaciones médicas básicas, aunque sean a largo plazo, tendrían que ocupar un lugar destacado en la identificación de nuevos dilemas éticos, así como entre los problemas sobre los que podría investigar la bioética, porque en el mundo actual, en lo que se refiere a salud humana, lo que resultaría "no ético" sería invertir tiempo y recursos en obtener conocimientos que no aportaran, al menos a largo plazo, aplicaciones que permitieran solucionar los grandes problemas sanitarios de la humanidad, y tener la certeza de que fuesen distribuidos con equidad en todos los conglomerados humanos.

Referencias

Mario Bunge. *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía,* Barcelona, Ediciones Ariel, 1966. - Jorge Bacallao. "Neutralidad y compromiso: la presencia de la dimensión ética en el trabajo científico", en José Acosta Sariego (ed.)., *Bioética para la sustentabilidad,* La Habana, Centro Félix Varela-Publicaciones Acuario, 2002. - Fernando Lolas. "Ética de la investigación biomédica: aspectos, perspectivas, contextos", en *Bioética y antropología médica,* Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2000. - Commission on Health Research for Development. *Health Research: Essential Link to Equity in Development,* Oxford, Oxford University Press 1999. - Víctor Penchaszadeh. "Ética de las investigaciones biomédicas en un mundo globalizado", en José Acosta Sariego (ed.), *Bioética para la sustentabilidad*, La Habana, Centro Félix Varela-Publicaciones Acuario, 2002. - Diego Gracia. *Fundamentación y enseñanza de la bioética, Bogotá, Editorial El Búho, 1998. - N. Choucri. "Red de conocimientos para un 'salto tecnológico'". Cooperación Sur,* Nº 2, New York, PNUD, 1998. - Fernando Núñez de Villavicencio. "Bioética: el médico, un educador", en *Bioética desde una perspectiva cubana,* José Acosta Sariego (ed.), La Habana, Centro Félix Varela, 1997.

Ensayo clínico

Virginia Rodríguez Funes (El Salvador) - *Comité Nacional de Ética de Investigación Clínica*

El término 'ensayo clínico' es a menudo utilizado en forma indistinta del término 'estudio clínico'. El término estudio clínico es más amplio, y comprende la investigación orientada hacia el paciente, los estudios epidemiológicos y del comportamiento y también los estudios de evolución y de servicios de salud. El ensayo clínico es parte del subgrupo de los estudios clínicos orientados hacia el paciente. De ese modo, el ensayo clínico puede ser definido como un estudio de investigación en el área biomédica, de tipo prospectivo, con sujetos humanos, o un estudio del comportamiento, que está diseñado para responder preguntas específicas acerca de intervenciones biomédicas o del comportamiento (medicamentos, tratamientos, aparatos). Los ensayos clínicos son usados para determinar si una intervención biomédica nueva o intervención del comportamiento es segura, eficaz y efectiva. La investigación con sujetos humanos que involucra una intervención que modifica el comportamiento (dieta, actividad física, terapia cognitiva, etc.) se ajusta a esta definición de ensayo clínico. El ensayo clínico es un estudio de investigación que se desarrolla con el fin de encontrar una forma nueva o una forma distinta de las ya existentes para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o condición. Puede ser desarrollado por médicos o investigadores. Su forma más conocida es la que se aplica a las investigaciones en el proceso del desarrollo de un medicamento. Los ensayos clínicos pueden proceder a través de cuatro fases clínicas, una vez concluida la etapa preclínica o básica de laboratorio. La fase del ensayo clínico es un reflejo del estado actual del desarrollo científico de lo que se está probando.

Ensayos Fase I. Son los estudios que prueban una intervención biomédica en personas por primera vez. Se realiza usualmente en un grupo pequeño de personas (20 a 80), que pueden ser voluntarios sanos. El iniciar un estudio fase I significa que hay suficiente experiencia en animales o en fase preclínica que sugiera que la intervención puede ser una superación de la forma existente de diagnosticar, tratar, curar o prevenir una condición particular o enfermedad. Sus objetivos finales son seguridad y toxicidad. En ellos se evalúa la farmacocinética y

la farmacodinamia de los medicamentos (por ejemplo, determina el rango de dosis segura o identifica efectos adversos). Son estudios abiertos, usualmente con solo un cegamiento: el del sujeto participante. Tienen mucho control de los sujetos; en la historia de la investigación clínica mundial, se han reportado solo dos casos de fallecimientos de sujetos sanos hasta la fecha, contando desde mediados de los años de 1970.

Ensayos Fase II. En estos estudios los objetivos primarios son aumentar los datos de eficacia y continuar identificando efectos adversos; su objetivo principal es la obtención de la dosis máxima tolerada. Siempre se desarrollan en un grupo pequeño de sujetos, aunque en mayor número que los estudios fase I. En esta fase se empiezan a incluir pacientes o población de pacientes seleccionados. Pueden utilizar diseños transversales o longitudinales. También se observa asignación aleatoria. Pueden también ser diseñados con grupos paralelos o de tipo cruzado. El número de participantes puede ser de cien a trescientos.

Ensayos Fase III. Estos estudios involucran gran número de sujetos (cientos o miles) que sufren la condición que se intenta tratar. En esta fase puede haber subgrupos y se trata de incluir personas de distintas etnias. A menudo son estudios multicéntricos, multinacionales. Su objetivo primario final es la *eficacia*. En general tienen un diseño riguroso. El estándar son los estudios aleatorios, con grupo control, con doble ciego; cuando es éticamente posible, versus placebo o versus el mejor medicamento parámetro de comparación. Pueden comparar dos o más tratamientos existentes. El objetivo de estas investigaciones es proveer evidencia que lleve a una base científica para considerar cambios en políticas de salud o en estándares de cuidado. Es la última fase del desarrollo de un medicamento o un aparato para solicitar su inclusión o autorización en el mercado por las autoridades correspondientes. La definición incluye intervenciones farmacológicas, no farmacológicas e intervenciones del comportamiento para prevención de una enfermedad, profilaxis, diagnóstica y terapéutica. Los estudios hechos en la comunidad y otras intervenciones basadas en la población tambien están incluidos. A pesar de que el uso del grupo placebo da mayor base cientifica a un ensayo clínico, cuando ya existe una terapeútica establecida para el manejo de la condición involucrada no debe usarse placebo, sino el tratamiento estándar. Un ejemplo impactante y reciente en la historia de la medicina fue el caso del estudio PETRA en mujeres embarazadas. Este ejemplo tiene muchas controversias éticas y una de las más importantes es la discusión en el uso o no de un grupo placebo. Estos estudios fueron realizados a mediados de los años de 1990 por universidades estadounidenses de prestigio, apoyadas por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH) en poblaciones del África subsahariana y en Tailandia, para ver el efecto del uso de antiretrovirales en las mujeres embarazadas portadoras de VIH y su transmisión vertical al bebé. Ya se había aprobado para entonces, según el protocolo ACTG-076, el uso de la zidovudina (AZT) como medicamento eficaz para disminuir la transmisión vertical del virus de VIH de la madre al bebé. La intención del grupo investigador era encontrar formas más "baratas" de usar el AZT para países en desarrollo, que no tenían la capacidad de costearse el medicamento. La intención parecía ser muy altruista, pero en la investigación se utilizaron dosis reducidas de AZT, y tiempos igualmente reducidos de tratamiento en comparación a los establecidos en el protocolo ACTG-076. Y hubo nueve estudios patrocinados por los NIH, entre ellos uno en Tailandia, en el cual se probó el AZT versus placebo. La justificación fue que igualmente la población en estudio no tenía acceso al medicamento. En casos como el mencionado, es obligación del patrocinador proporcionar el medicamento para el grupo control.

Ensayos Fase IV. Estos son conocidos también como estudios posmercadeo, ya que se realizan después que el medicamento, la terapéutica o el aparato ya se encuentran en el mercado o ya están autorizados para su uso clínico. Están diseñados para vigilar la efectividad de la intervención aprobada en la población general y para colectar información acerca de efectos adversos asociados a su uso diseminado. Este tipo de estudios puede, a veces, ubicar a los investigadores en una encrucijada ética, ya que algunos pueden tener verdaderos propósitos científicos, que realmente llevarían a un avance científico, y otros un simple propósito de mejora comercial (denominados "estudios siembra"). A pesar de que estos estudios podrían ser de bajo riesgo para los pacientes, no deberían llevarse a cabo con dichos fines. Como ejemplo de "estudios siembra" tenemos el caso de los nuevos antibióticos, de alto costo, que entran al mercado por ser eficaces, pero con características similares referentes al espectro de acción antimicrobiana de algunos ya existentes o, peor aún, con espectros más limitados, no superiores, y sin ninguna indicación terapéutica clara especial que supere a los otros antibióticos ya en uso clínico. Estos nuevos antibióticos, por esa misma característica de no ser una "mejor" opción de uso, tienen dificultades para introducirlos en la práctica clínica diaria y, por consiguiente, en el consumo cotidiano. Debido a ello se desarrollan estudios "clave", como "tratamiento en neumonías nosocomiales en unidad de cuidados intensivos", o "manejo del pie diabético", etc., no con el fin de obtener un nuevo

avance científico, sino para promocionarlos, para introducir la idea en el clínico de cuáles pueden ser opciones de uso del antibiótico en la práctica diaria, y ponerlos "de moda". No obstante que son antibióticos ya introducidos en el mercado, que son eficaces, seguros, que no ponen en gran riesgo a los pacientes en que se usan, la verdadera intención del desarrollo de estudios con estos medicamentos es la promoción o el darlos a conocer.

Referencias

Evans Derenzo, J. Moss. *Writing clinical research protocols. Ethical considerations*, Elsevier, 2006. - Bert Spilker. *Guide to clinical trials*, Lippincot Raven, 1996.

Investigaciones científicas en niños

Joaquim Antônio César Mota (Brasil) - *Universidade Federal de Minas Gerais*

Normas éticas. ¿Cuáles son los límites éticos de la utilización de niños en investigaciones? ¿Cuánto poder tienen los padres y responsables en la decisión de permitir que sus hijos sean voluntarios en investigaciones? ¿Deben participar los niños de esas decisiones? ¿De qué manera? Todas las directrices nacionales e internacionales, como la Declaración de Helsinki, referentes a las investigaciones con seres humanos son aplicables a las que involucran niños. Esas investigaciones, necesarias e importantes por las especificidades que los niños presentan en su desarrollo y crecimiento, contribuyen a su bienestar y su salud. Sin embargo, solo pueden ser realizadas cuando no fuera posible hacerlas en adultos y cuando los beneficien directamente o impliquen apenas riesgos mínimos para su salud física y mental. Riesgos mínimos son, por ejemplo, recolección de muestras de orina, materia fecal o secreciones corporales y sangre, en situaciones especiales, respuestas a cuestionarios, observaciones de comportamiento, medidas antropométricas y de señales vitales. Debe obtenerse el consentimiento de los padres, dentro de las normas establecidas; en el caso de los mayores de siete años, su consentimiento, sin el cual la pesquisa no puede ser realizada (Royal College, 2000). El consentimiento debe ser libre y dado por persona competente y después de pleno esclarecimiento, incluidos los riesgos de la investigación. La mayoría de los padres no entiende lo que se hace con sus hijos en las investigaciones. Consideran el consentimiento innecesario pues confían en el médico; no consideran el poder poner término al consentimiento como una protección para sus hijos, sino como algo burocrático, y no saben que tienen el derecho de retirar sus hijos de la investigación. Los padres que consienten en la utilización de sus hijos en pesquisas clínicas tienden a ser personas en desventaja y más vulnerables socialmente –menos instruidos, con empleos menos calificados y con menor soporte social–, lo que implica barreras importantes para que los padres comprendan el término consentimiento (Harth &Thong, 1995).

Historia de las investigaciones en niños. Los niños, hasta muy recientemente, tenían una relativa invisibilidad social. En el siglo XVIII, cuando se diseminaron los experimentos utilizando seres humanos, los hijos y los empleados de los médicos eran las cobayas más utilizadas. En aquel siglo, varios estudios sobre el sarampión y la viruela –incluso el de Jenner– fueron realizados utilizando niños. Pasteur, en 1885, inoculó la vacuna antirrábica en un niño de ocho años que había sido atacado por un perro rabioso. Como el niño se mantuvo sano, para comprobar la eficacia de la vacuna, Pasteur inoculó en el pequeño Joseph la cepa más virulenta del virus de la rabia (Clendening, 1960). A fines del siglo XIX e inicio del siglo XX, dos tendencias se contraponían. La primera era el reconocimiento del valor económico y social del niño; la otra, la necesidad de protegerlo. La mirada de la medicina sobre los niños ha llevado a un número creciente de investigaciones en que ellos eran utilizados. Además, como todavía no eran reconocidos como ciudadanos, los niños, en especial de las clases sociales más desfavorecidas, no eran merecedores de los derechos de ciudadanía. Su utilización en los experimentos seguía su curso sin que se les respetara cualquier derecho. Tentativas de producir enfermedades, como sarampión y escarlatina, eran realizadas con fines de investigación. Hubo quienes llegaron a invocar que era más barato utilizar niños abandonados que animales en investigaciones. Ese aumento en la utilización de niños en investigaciones en la primera parte del siglo XX ocurrió con poco control sobre la seguridad y eficacia de estas. No había referencia al permiso de los padres para esos estudios, ni cuestionamientos a su moralidad. Niños abandonados y de orfelinatos eran comúnmente las "cobayas". Esto no es sorprendente, pues la American Society for Prevention of Cruelty to Animals fue creada en 1865, diez años antes de la fundación de una asociación similar de protección al niño, que solamente fue creada después de un rumoroso caso judicial en el que**,** por falta de normas de protección a la infancia para proteger a un niño de maltratos, fueron invocadas aquellas establecidas por la sociedad de protección a los animales. En este contexto, el uso de niños en pesquisas no causaba espanto o indignación. Fue experimentando en sus hijas y otros niños que Albert Sabin, en la década de 1950, comprobó la eficacia de la vacuna oral contra la poliomielitis. En 1954, para probar la eficacia de la vacuna Salk, 200.745 niños norteamericanos

recibieron tres dosis de esa vacuna y otros 201.229 niños recibieron tres inyecciones de placebo, sin que sus padres lo supieran –pensaban que ellos estaban recibiendo la vacuna (Salk, 1956). De 1956 a 1970, Krugman y colaboradores, en sus experimentos en la Willowbrook *State School*, una escuela para niños con retardo mental en Staten Island, New York, contaminaron intencionalmente miles de ellos con el virus de la hepatitis infecciosa (Krugman & Ward, 1958). Estos ejemplos, que no son singulares, ilustran la dificultad en establecer límites éticos en las pesquisas que involucran a los niños.

La protección jurídica y moral del niño. Los niños son un grupo heterogéneo en derechos y deberes. Hay diferencias en cuanto a la edad y características sociales, económicas, raciales, étnicas y religiosas. Algunos grupos de niños son más vulnerables a sufrir agresiones y recibir menos beneficios, incluso en los ensayos clínicos. Cooke (1994) los clasifica en dos grupos no excluyentes, considerando si los factores determinantes de esa vulnerabilidad son intrínsecos –inherentes al mismo niño– o extrínsecos –sLos extrínsecos son la ausencia de uno de los padres, la separación de los padres, padres con historia de haber sufrido abusos cuando niños, padres con disturbios mentales, ambientes pobres, ociales, culturales o ambientales–. miseria y analfabetismo familiar, falta de vivienda adecuada, pertenecer a una minoría étnica o ser hijo de padres emigrantes. Los factores intrínsecos incluyen las deficiencias cognitivas, la inestabilidad emocional, las deficiencias físicas y las enfermedades graves, principalmente las incurables. La presencia de uno o más de esos factores, intrínsecos o extrínsecos, hace más compleja, éticamente, la utilización de esos niños en experimentos. Las directrices determinan que los niños involucrados en experimentos deben representar una fracción poblacional de todos sus segmentos, y no debe haber prevalencia de niños de grupos socioeconómicos, raciales o étnicos, cuando ese tipo de selección no sea necesario para la experimentación. Sin embargo, lo que se observa es la utilización ampliamente mayoritaria de niños hospitalizados y pobres en los experimentos, contrariando lo preconizado por las normas éticas. Cuantos más factores de vulnerabilidad posea un niño, más posibilidades tiene de ser utilizado en investigación. Otra cuestión son las investigaciones realizadas por investigadores de los países ricos –donde hay restricciones éticas más rigurosas– en regiones pobres, donde hay menor rigor ético y legal para investigar. En esos casos, los comités de ética son más complacientes, los derechos relacionados a la ciudadanía menos respetados y, en consecuencia, hay mayores facilidades para investigar y los costos son menores. Investigaciones que utilizan niños y son éticamente bien hechas son esenciales para mejorar la calidad de vida de ellos. El proceso de consentimiento esclarecido tiene tres componentes: información, capacidad de decisión y libertad de decisión, pero los padres que autorizan la utilización de sus hijos en pesquisas tienen menos educación formal y comprenden menos el proceso de obtención del consentimiento. Eso impide que haya un filtro social en el reclutamiento de niños para ensayos clínicos. El acceso a servicios de salud de calidad, solamente posible cuando participan de ensayos clínicos, agrava ese filtro social. ¿Cómo balancear la protección del niño como individuo –que no debe volverse una cobaya– y la protección de los niños como un grupo social –que no deben estar ausentes de las investigaciones ni privados de sus beneficios? Las investigaciones que utilizan niños son necesarias porque hay problemas específicos de la infancia. Además de su asentimiento, es necesario el consentimiento de los padres que, por varios motivos, no siempre defienden los mejores intereses del niño. Además, en poblaciones privadas de derechos, el acuerdo en someter a sus hijos a ensayos clínicos frecuentemente está motivado por la búsqueda de atención médica y por la falta de entendimiento pleno de lo que sea investigación. Los niños de América Latina, vulnerables por ser niños, por ser pobres y por ser de países periféricos, necesitan más protección que normas para evitar que su utilización de forma no ética en investigaciones de interés de los financiadores y los investigadores de los países desarrollados agrave las injusticias y su exclusión social.

Referencias

L. Clendening. *Source book of medical history*. New York, Dover Publications Inc., 1960. - R. E. Cooke. "Vulnerable children", en M. A. Grodin & L. H. Glantz. *Children as research subjects. Science, ethics & law*. New York/Oxford, Oxford University Press, 1994. - S. C. Harth & Y. H. Thong. "Parental perceptions and attitudes about informed consent in clinical research involving children", *Soc. Sci. Med* 40, junio 1995; 1573-1577. - S. Krugman & R. Ward. "Clinical and experimental studies of infectious hepatitis", *Pediatrics* 1958, 22:1016-1022. - Royal College of Paediatrics and Child Health: Ethics Advisory Committee. "Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children", *Arch Dis Child* 2000; 82: 177-183. - J. E. Salk. "Poliomyelitis vaccine in the Fall of 1955", *Am. J. Publ. Health,* 1956, 46:1-14.

Investigación participativa

Luis Justo (Argentina) - *Universidad Nacional de Comahue*

Los derechos humanos como marco conceptual. Incorporar al investigado a la investigación no como objeto de estudio, sino como partícipe de la

misma, pone de manifiesto su dimensión moral, ya que el ciudadano debe ser incorporado al proceso de investigación porque tiene derecho a participar en él y no sólo por las razones instrumentales basadas en la eficacia, habitualmente esgrimidas. En este sentido nos encuadramos en el marco conceptual proveniente de la teoría de los derechos humanos siguiendo a Nino en *Ética y derechos humanos*: "*Los derechos humanos son uno de los más grandes inventos de nuestra civilización*" ya que son el modo de neutralizar las concepciones ideológicas que avalan la instrumentalización del hombre por el hombre. La formación de una conciencia moral universal del reconocimiento de los Derechos Humanos supone determinar cuáles son los derechos que deben ser reconocidos y qué alcance debe dárseles. Si bien parece inicialmente obvio que los Derechos Humanos son derechos jurídicos, cuando es necesario cuestionar leyes, instituciones o prácticas instituidas, los Derechos Humanos que reconoce el derecho positivo son un reconocimiento de derechos previos a esta recepción jurídica. Dice Nino: "*Se reclama el respeto de los derechos humanos aun frente a sistemas que no los reconocen y precisamente porque no los reconocen*". Si bien la consagración de los Derechos Humanos en el derecho positivo es muy importante en la medida en que provee de herramientas necesarias para neutralizar su violación, su ausencia no exime de responsabilidad moral al violador. Desde la perspectiva tradicional, los derechos son posesiones del individuo con anterioridad a su dimensión social, pero esto es cuestionado a partir de reconocer que un derecho es una relación y una práctica social, y supone la conexión entre individuos. Desde esta perspectiva, la figura de J. Habermas puede ser paradigmática, pues considera que entender al derecho como subjetivo resulta adecuado para aquellas sociedades en las que el sistema económico es preponderante y en las que, en los ámbitos éticos en que se deciden las acciones, priman los sujetos individuales orientados por el propio éxito. Pero el derecho no puede reducirse a cumplir estos requisitos funcionales, sino que tiene que servir para la integración social que se efectúa en el entendimiento intersubjetivo de agentes que actúan comunicativamente. La producción de normas supone, en la democracia, procedimientos que confrontan a los participantes con necesidades normativas conducentes al bien común, para lo que resulta imprescindible el entendimiento entre los ciudadanos en relación con las reglas para su convivencia, que otorga legitimidad al procedimiento democrático. Dado que la relación entre las libertades subjetivo-privadas y la soberanía popular resulta problemática, Habermas intenta resolver el conflicto sobre la base del concepto discursivo del derecho pensando los derechos como fundados en la intersubjetividad y la legislación como autolegislación discursivamente constituida. Desde esta perspectiva, los Derechos Humanos, en lugar de ser pensados exclusivamente como la autodefensa del individuo frente a la violación de los derechos por los Estados, pueden ser considerados como un marco regulativo que aporta razones para la discusión de las garantías, derechos y responsabilidades que tenemos unos con otros. Una propuesta de esta índole sólo puede surgir en el marco de una democracia deliberativa donde las decisiones se toman sobre la base de la discusión pública y en la que las normas consensuadas no se apoyan en la aceptación de la mayoría de los implicados, sino en la libre aceptación de todos los implicados. Desde una perspectiva democrática deliberativa para la inclusión de los investigados en una investigación, los elementos que se tienen en cuenta son cómo afecta esa investigación a todos los implicados, la pertinencia de tal investigación en relación con las necesidades de la comunidad, la garantía del respeto de los derechos de cada individuo real y potencial al que tal investigación puede afectar y la participación de los miembros de la comunidad en las deliberaciones que permitan llegar a consensos acerca de lo que es bueno para el individuo y para el bien común. Esta perspectiva supone una concepción del agente como miembro activo de la comunidad, como un ciudadano que genera opiniones y toma decisiones, y no como un mero consumidor de bienes y servicios.

Concepciones sobre la participación. Los ciudadanos, habilitados como agentes por derecho propio, deben ser integrantes plenos del equipo de investigación desde el momento de fijar los objetivos de la misma, incluidas las fases de diseño, implementación y difusión, y participar en los organismos de control ético. En los últimos diez años comienzan a manifestarse consistentemente en los países dominantes posturas vinculadas a los derechos ciudadanos, en las que se exige participación en la totalidad del proceso, desde la fijación de objetivos, diseño, etc., hasta la publicación y difusión de resultados. Este proceso se plantea desde el área de las ciencias sociales, con cuestionamientos que van desde lo epistemológico hasta lo político, y su penetración en el área de la investigación farmacológica es aún escasa. Estas formas de participación, recientemente planteadas en Europa y Estados Unidos, reconocen un antecedente significativo en la metodología de investigación-acción formulada en la década de los años sesenta en América Latina. La investigación participativa o investigación-acción en América Latina reconoce como antecedente fundacional la propuesta del brasileño

Paulo Freire. El rasgo definitorio de esta postura es el intento de unificar la reflexión teórica con la praxis, tendiente a obtener una transformación social liberadora. En Freire podemos leer al respecto: "*La metodología que defendemos exige, por esto mismo, que en el influjo de la investigación se hagan ambos sujetos de la misma, tanto los investigadores como los hombres del pueblo que, aparentemente serían su objeto*"; "*la investigación... tiene además esta dimensión fundamental... la presencia crítica de los representantes del pueblo desde su comienzo hasta su fase final, la del análisis de la temática encontrada, que se prolonga en la organización del contenido programático de la acción educativa, como acción cultural liberadora*". Posteriormente, en los años setenta y ochenta se desarrollaron en América Latina diversas experiencias de investigación-acción cuyas temáticas giraban en torno a la definición y solución de distintos problemas que padecían los sectores marginados, configurándose no solo como un método de investigación, sino como una opción política, como lo plantea Lima Santos: "... *la investigación-acción desde esta perspectiva, supone una opción política y no se explica sin ella. Y no debe entenderse esta opción ligada solamente a la ética (también lo es), sino como un presupuesto central a la teoría del conocimiento, como una condición de la producción científica en el estudio de la realidad social, que es históricamente determinada, dinámica y cambiante, exigiendo de sus 'explicadores' participar en el movimiento, y de los agentes del movimiento participar en la producción de los conocimientos*". Resulta indispensable tener en cuenta estos factores a la hora de optar por la investigación-acción como metodología en temas relacionados con la salud. Existe una rica tradición de experiencias en este sentido, aunque han estado más vinculadas con la salud pública y lo epidemiológico que con los estudios farmacológicos. La experiencia desarrollada hasta ahora en el campo de los ensayos clínicos con medicamentos no es extensa, y más allá de la previsible resistencia que los mecanismos participativos despiertan en los investigadores, muchos de los que la han puesto en práctica informan sobre su entusiasmo, aunque solicitando guías sobre las formas de implementarlos. Asimismo, es posible concebir a la investigación participativa como una forma significativa de prevenir o disminuir la explotación de las poblaciones vulnerables en investigación. La investigación participativa supone una transferencia de poder, pero ¿cómo pensar en transferencias de poder hacia los integrantes de equipos de investigación desvinculada de la concentración de poder que se incrementa cada vez más en el nivel social? ¿Como plantear la investigación participativa en una América Latina atravesada por la injusticia? ¿Qué interés común puede haber entre la industria farmacéutica, uno de los exponentes más destacados del proceso de concentración-fusión capitalista transnacional, y los ciudadanos latinoamericanos? Los resultados del proceso de concentración capitalista en América Latina, al tiempo que excluyen a la mayoría de los ciudadanos, no son compatibles con la transferencia de poder a los mismos al no existir condiciones sociales que la faciliten. Resulta así problemático plantear la posibilidad del proceso participativo fuera de una simultánea lucha por la liberación latinoamericana a través de la radicalización de los procesos democráticos, que posibilite la determinación de los legítimos intereses populares que guíen la investigación en salud.

Referencias

P. Freire. *Pedagogía del oprimido*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1973. - J. Habermas. *Facticidad y validez,* Madrid, Trotta, 1998. - L. Justo, F. Erazun, J. Villarreal. "La investigación participativa como derecho: ¿Posibilidad o utopía?", *Perspectivas Metodológicas*, Vol. 4, Nº 4, 73-82, 2004. - L. Justo. "Participatory research: A way to reduce vulnerability", *American Journal of Bioethics* 4 (3): 18-19, 2004. - L. Lima Santos. "La naturaleza de la investigación-acción", en L. Lima Santos, *La investigación-acción: una vieja dicotomía*, Lima, Centro Latinoamericano de Trabajos Sociales, 1983. - C. Nino. *Ética y Derechos Humanos, Buenos Aires, Astrea*, 1989.

Sistemas de revisión ética

Claudio Fortes Lorenzo (Brasil) - *Universidad Federal de Bahía*

Concepción teórica y existencia práctica. Los sistemas de revisión ética constituyen un esfuerzo para conceder a los ciudadanos una participación efectiva en la regulación de las actividades sociales de la investigación científica que encierren riesgos para los seres humanos y el medio ambiente. Los sistemas de revisión pueden tener atributos educativos, consultivos, normativos y evaluativos, y son formados por dos planos: el plan predecisional, con el objetivo de orientar las actividades de los grupos de investigación y a los miembros de los comités, a través de la formulación de normas, y el plan decisional, que representa la actuación propiamente dicha de los comités de ética de la investigación acerca de la decisión sobre la aprobación o negación de un proyecto. Los primeros comités institucionales fueron creados en Estados Unidos durante los sesenta y una década después se crearon en Canadá y Europa. Siguiendo la evolución de la investigación biomédica y de las exigencias sociales relacionadas, los comités se expandieron y pasaron a tener composición y atributos más complejos en

las décadas siguientes. Surgieron los comités regionales, nacionales e internacionales. Debido al proceso de globalización de la investigación científica en salud en los últimos años, los sistemas de revisión se encuentran hoy en plena expansión en los países en desarrollo. La concepción teórica y la existencia práctica de estos sistemas pueden ser consideradas el resultado de la conjunción de dos factores. Uno es el carácter filosófico respecto del proceso de modernización de la ética concluido en el siglo XX a partir de la secularización de las teorías morales y de la supremacía del lenguaje sobre el espíritu, como centro de la investigación filosófica. La ética moderna pasó así a tener como característica principal el proceso de argumentación acaecido en espacios públicos de discusión, en oposición al proceso reflexivo individual basado en valores religiosos, metafísicos o culturales, que eran las características de las éticas tradicionales. El otro factor es el carácter sociológico, que se refiere a las transformaciones por las cuales pasaron las ciencias naturales y sus interacciones con las sociedades modernas del mismo siglo. La transformación de la investigación científica de una actividad académica en el siglo XIX a una actividad industrial en el siglo XX, unió definitivamente la tecnología y la ciencia, determinando la supremacía del capital privado sobre el estatal en las inversiones en la investigación. La racionalidad económica que pasa a dirigir la investigación biomédica no tardó en mostrar sus contradicciones. La concurrencia en el desarrollo de nuevas tecnologías en salud y en medicina, la búsqueda de las industrias por el lucro de sus inversiones, la presión sobre los grupos de investigación para garantizar resultados que justifiquen nuevas inversiones, originaron en las décadas de 1960 y 1970, principalmente en Estados Unidos, innumerables casos de desvíos éticos en la realización de estudios con seres humanos. La difusión de estos casos generó grandes presiones sociales que exigían una regulación ética en la investigación no sometida solamente a la conciencia moral de los investigadores o a sus cánones deontológico profesionales. La creación de los sistemas de revisión procuró, de esta forma, dar respuestas a las reivindicaciones de una sociedad cada vez más crítica con relación a las actividades de investigación, demostrando reconocer que el Estado y el derecho no eran capaces de acompañar los conflictos éticos generados por el avance de las ciencias de la salud, ni de proporcionar una regulación eficaz de las actividades de investigación.

Estructura y funcionamiento de los sistemas de revisión ética de la investigación. El *plan predecisional* determina, por medio de normas, los límites éticos dentro de los cuales puede tomarse la decisión de aprobar o negar un proyecto de investigación. Este plan queda a cargo, en general, de comités nacionales e internacionales. Los documentos normativos internacionales tienen el reto de contener normas que acojan un universo de tradiciones, culturas y formas de vida mucho más amplio. Por eso las acciones prescritas por sus normas no pueden ser tan generales que disminuyan la aplicabilidad de las prácticas reales, ni tan específicas que impidan su adecuación a los diversos contextos específicos. Además, solo tiene sentido formular documentos nacionales si el objetivo es exactamente ocupar el espacio normativo dejado en descubierto por los documentos internacionales, siendo más específicas las prescripciones, de acuerdo con las necesidades particulares de protección a las poblaciones locales. *El plan decisional* de actuación de los sistemas es, en cierta medida, aún más importante que el plan predecisional, pues la formulación de normas adecuadas no está implícita en cualquier garantía de protección, si no son aplicadas de forma coherente por los espacios públicos comprometidos directamente con la revisión de los protocolos. Ese plan de acción es ejercido por los comités institucionales; en algunos países, también por los comités regionales y nacionales. Los comités nacionales e internacionales tienen funciones consultivas pero, en compensación, ejercen mayor influencia sobre el poder ejecutivo y legislativo del Estado. Desde el punto de vista de su composición, los comités de ética han evolucionado de una concepción de revisión por pares o por expertos a una concepción de espacio democrático interdisciplinario. Esta evolución está dada por el reconocimiento de que la moralidad de especialistas en ciencias de la salud, de jueces y de filósofos no es superior a la moralidad de los demás ciudadanos. De esta manera, la interdisciplinaridad y la representación del público en los comités buscan impedir la supremacía de un paradigma disciplinar sobre otro en la evaluación de protocolos e introducir en el espacio de discusión la voz de la comunidad. El equilibrio de géneros, la independencia de los miembros en relación con las autoridades institucionales o gubernamentales y la ausencia de conflictos de interés entre los miembros durante el proceso de evaluación de un proyecto son elementos considerados indispensables para el buen funcionamiento de los comités. La guía operacional para los comités de ética, publicada por la OMS en 2000, abarca todas estas exigencias.

Los sistemas de revisión ética en los países en desarrollo. El proceso de globalización de los mercados, la concurrencia por la realización de estudios con menor coste y en menos tiempo y la aparición de la pandemia del sida al inicio de los años de 1980 impulsaron en las últimas tres décadas la investigación industrial en los países en desarrollo.

Este fenómeno viene acompañado de innumerables denuncias sobre explotación en los estudios de la salud en estos países, comprometiendo principalmente populaciones vulnerables y comunidades culturalmente distintas. Al contrario de lo que ocurrió en los países desarrollados, la creación de comités de ética institucionales en los países en desarrollo, no se trató de una exigencia social local, sino de una exigencia protocolar de organizaciones nacionales de los países patrocinadores y de las presiones de organismos internacionales y no gubernamentales para que la investigación internacional fuese también aprobada por un comité del país huésped. Así, los comités institucionales se fueron formando en la medida en que los centros de estudio, o los hospitales de estos países, estaban comprometidos en proyectos con finanzas del extranjero. Por eso, en la mayoría de los países en desarrollo, no existe ninguna reglamentación para orientar la constitución, el funcionamiento o la acreditación de los comités, ni documentos normativos nacionales de la ética de investigación. Este retrato no es diferente en Latinoamérica, donde a pesar de que casi la totalidad de los países cuentan con comités institucionales de ética de investigación, en su mayoría no existe reglamentación para la composición y el funcionamiento de los mismos, y pocos países disponen de documentos normativos nacionales.

Dificultades teóricas y prácticas. Las dificultades encontradas para el buen funcionamiento de los comités en los países en desarrollo son prácticas y teóricas. Entre las primeras, podríamos citar la falta de preparación de los miembros para el cargo, la falta de apoyo logístico para el funcionamiento, la incapacidad de supervisar las investigaciones en curso, la falta de reconocimiento de su legitimidad por los investigadores y la ausencia de sistemas de acreditación. Entre las dificultades teóricas se encuentra el hecho de que el modelo de raciocinio ético y de interpretación de las normas internacionales que orientan las revisiones de los protocolos está, muchas veces, influido por las formulaciones de la bioética estadounidense, inspiradas claramente por la filosofía política neoliberal, incompatibles por tanto con la diversidad de los contextos políticos, económicos, culturales y sociales de estos países. Este modelo de raciocinio ético trata, por ejemplo, la obtención del consentimiento desde el punto de vista contractual de la autonomía, los cálculos de riesgos de manera aislada de las formas de vida cotidianas de las diversas comunidades comprometidas y la maximización de los beneficios a partir del respeto a las reglas del mercado libre.

Racionalidad comunicativa. En este sentido la teoría social y ética de Habermas parece constituir una vía muy interesante para alcanzar normas y decisiones que neutralicen el etnocentrismo de los modelos hegemónicos de la bioética. Para Habermas, el uso del lenguaje en la constitución de todas las individualidades, de todas las historias y de todas las culturas, es la única estructura común a todos los individuos; en consecuencia, a través del diálogo, y no de principios culturalmente preestablecidos, podemos formular normas universalmente aceptables. Habermas establece las bases de una *racionalidad* llamada *comunicativa*, practicada en los espacios democráticos de discusión, que sería capaz de ofrecer resistencia a la *racionalidad económica* en la determinación de acciones sociales. El fundamento de esta *racionalidad comunicativa* es la exigencia de que toda argumentación o proposición de una norma puede ser justificada racionalmente, o sea, que exista una relación de coherencia entre el argumento expuesto y la verdad sobre el hecho en busca de solución. La validez de la norma o de la decisión ética para Habermas es *análoga a la verdad* y debe buscarse en los tres mundos del conocimiento: *en el mundo objetivo*, exigiendo que las informaciones de carácter científico, presentes en el argumento, puedan ser comprobadas; *en el mundo social,* exigiendo que se consideren las interacciones sociales necesarias al cumplimiento de la acción propuesta, y *en el mundo subjetivo,* exigiendo que los sujetos participen en la discusión de forma abierta a fuerza de los argumentos, sin someterse a jerarquías o a dogmas religiosos e ideológicos, sin esconder intereses de otros y sin usar recursos ilegítimos del lenguaje, como la mentira o la coacción. Además, es necesario que las consecuencias que provengan del cumplimiento de la norma o de la acción propuesta puedan ser aceptadas por todos los implicados en el conflicto en cuestión. El modelo es extremamente adecuado para funcionar en contextos multiculturales, como el que hoy cerca la investigación internacional.

Consideraciones finales con vista en los comités latinoamericanos. La actual situación en la mayoría de los países de América Latina hace poco probable la elaboración, a corto plazo, de documentos nacionales normativos adecuados a sus contextos, así como el desarrollo de un número suficiente de comités institucionales, capacitados para hacer frente al vertiginoso crecimiento de la investigación industrial internacional que abarca el subcontinente. Además, la tendencia actual de fortalecimiento de las instituciones democráticas y del diálogo entre los países latinoamericanos alrededor del estrechamiento de sus polos comerciales y culturales, permite pensar en la posibilidad de acuerdos con el objetivo mancomunado para la formulación de un documento normativo de la ética de la investigación en seres humanos para la región. Este acuerdo deberá incluir la formación y

el mantenimiento de comités regionales de la ética de investigación de alta competitividad, con sistemas de acreditación a cargo de los organismos internacionales no gubernamentales, como la Unesco o la Organización Panamericana de la Salud. Los comités regionales tendrían la responsabilidad de evaluar proyectos en áreas que impliquen mayores riesgos para la sociedad, como los que están enrolados en la coordinación extranjera, manipulación genética o en cuestiones de bioseguridad, y serían distribuidos por países, provincias o subregiones, en la dependencia del volumen de estudios realizados. El sistema sería sustentado por los impuestos recaudados de las industrias cuyos proyectos no estén de acuerdo con las prioridades de la salud de los países. De esta forma, estarían fortalecidos el plan predecisional y el plan decisional de los sistemas, al tiempo que se daría un paso importante para que la investigación internacional en Latinoamérica fuese cada vez más colaboradora y menos explotadora.

Referencias

J. Ravetz. *Scientific Knowledgement and its Social Problems,* Oxford, Oxford University Press, 1971. - G. Berlinguer et L. de Castro. Unesco. International Bioethics Committee. *Report of the IBC on the possibility of elaborating a universal instrument on bioethics,* 2003. L. Ferry. "Tradition ou argumentation? Des comités de sages aux comités de délibération", *Pouvoirs*, *56,* 5-21, 1991. - Organización Mundial de la Salud. *Guías operacionales para comités que evalúan investigación biomédica,* Ginebra, 2000. Programa Internacional de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, *Los comités de evaluacion ética y científica de la investigación en seres humanos en los países latinoamericanos y el Caribe: una propuesta para su desarrollo,* 2004. - S. Benatar. Reflections and recommendations on research ethics in developing countries. *Social Science & Medicine, 54,* 1131-1141, 2002. - E. Gagnon. *Les Comités d'Éthique, la recherche médicale à l'épreuve*, Québec, Presses Universitaires de Laval, 1996. - J. Habermas. *De l'éthique de la discussion,* Paris, Flammarion, 1999.

Comités de ética de la investigación

Susana Vidal (Argentina) - *Centro de Investigaciones Bioéticas de Córdoba*

Introducción y antecedentes. Los Comités de Ética de la Investigación (CEI) representan un capítulo nuclear dentro de la llamada *bioética institucional*. En los últimos años el cuerpo conceptual y normativo de esta parte de la bioética se ha dado en llamar "ética de la investigación", y dentro de ella se han definido distintas estructuras, entre las que se cuentan estos comités. Se puede definir los CEI como un grupo multidisciplinario e independiente de profesionales de la salud, así como de otros campos del conocimiento, y miembros de la comunidad, que tiene por objetivo contribuir a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los y las participantes actuales y potenciales de la investigación, asegurando que los beneficios e inconvenientes de la investigación sean distribuidos equitativamente entre los grupos y clases de la sociedad, y resguardando la relevancia y corrección científica del protocolo de investigación que se somete a su consideración. Aunque los aspectos éticos de la investigación en seres humanos han sido una preocupación de la medicina desde sus orígenes en relación con los primeros experimentos, como las vivisecciones, solo a partir de la segunda mitad del siglo XX se introdujo la idea de que la evaluación ética debería ser independiente y externa al campo de los médicos y los investigadores. Numerosos hechos llevados a cabo durante fines del siglo XIX y mediados del XX (particularmente en el intento de descubrir vacunas para las infecciones que devastaban grandes territorios y mataban a miles de personas) y culminando con las atrocidades cometidas por médicos en los campos de concentración nazis, determinaron la necesidad de que las evaluaciones sobre los aspectos éticos involucrados en las investigaciones fueran llevadas a cabo por personas diferentes a los propios investigadores. Ya desde los años de 1950 se comenzó a recomendar en Estados Unidos que las investigaciones en salud fueran evaluadas por un comité "responsable", que aludía a los llamados "comités de pares". En pocos años ocurrió una serie de eventos que fueron reflejo de uno de los más importantes cambios epistemológicos dentro de la medicina y al cual los referentes internos no se mostraron demasiado receptivos.

Las críticas comenzaron con la diferencia planteada por Otto Guttentag entre el que llamó "médico amigo" y el "médico investigador", dando lugar a la distinción que unos años más tarde, en la misma línea, se haría entre investigación terapéutica y no terapéutica con las implicancias éticas de esa distinción. En 1963 la comunidad médica presenció un debate sobre el carácter no ético de un estudio realizado en el Jewish Disease Hospital en Brooklyn, comparado con las investigaciones nazis. Se creó un año después, luego de realizar una profunda investigación de lo que ocurría a las investigaciones que gozaban de patrocinio federal en Estados Unidos, una comisión liderada por Robert Livingston, cuyo dictamen estableció: *"En la situación en la que el paciente es involucrado en un proyecto de investigación el juicio del investigador no es suficiente como base para alcanzar una conclusión respecto a la situación ética y moral de las preguntas que emergen de esta relación"*. La conclusión de la comisión abandonaba el axioma de que la conciencia del investigador es un juicio adecuado y suficiente sobre la ética de un experimento, el cual había

regido la medicina durante siglos. Así, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) establecieron, en 1966, que un comité independiente debía hacer una revisión previa para establecer la relación entre los riesgos y beneficios y para asegurar el consentimiento informado y voluntario de los sujetos. Por entonces, la necesaria intervención de la sociedad en el escrutinio de los problemas éticos relacionados con la investigación biomédica ya era evidenciada por diferentes sectores. Años después, cuando se hizo público un lamentable estudio sobre población negra con sífilis (Tuskegee Syphilis Study), el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos creó un panel de nueve miembros civiles, presidido por un reconocido educador de origen afroamericano, acompañado por personas de distintas disciplinas (Tuskegee Syphilis Study Ad Hoc Panel). El grupo tuvo que responder a diversos interrogantes respecto a los aspectos éticos de este estudio que se venía desarrollando en población negra desde los años de 1930. El panel consideró el estudio no ético, dictaminó sobre la necesidad de compensar a los 70 participantes que quedaban aún con vida y recomendó la formación de una comisión nacional que estudiara este tipo de problemas.

En el campo internacional se planteó la primera prescripción en este sentido en la Declaración de Tokio (Helsinki II) en 1975, donde se introdujo la necesidad de evaluación por un comité independiente, para asegurar la transparencia y la eliminación de conflictos de interés. El Código de Regulaciones Federales (CFR 1981) de la Food and Drug Administration (FDA) es uno de los principales antecedentes regulatorios nacionales a través de la creación de los Comités de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB). Con el estallido de la investigación multicéntrica se hizo evidente la necesidad de contar con evaluaciones en el país huésped y no solo en el de origen, lo que se transformó rápidamente en consenso y exigencia internacional con la normativa CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, OMS, 1993, y las Pautas de 1982), que establecía la obligación de contar con la evaluación de un comité local, sobre todo en países del tercer mundo. Los países europeos han seguido estas recomendaciones. En 1995 se publicaron las Guías y Recomendaciones para Comités de Ética Europeos (Ethics Working Party, European Forum for GCP). Pero fueron las Guías Operacionales para Comités de Ética que Evalúan Protocolos de la OMS en 2000 las que sentaron las bases de un acuerdo general sobre los comités de ética, seguidas de las Guías complementarias de las Guías operacionales (Surveying and Evaluating Ethical Review Practices, 2002), en 2002, para el armado de sistemas de comités, como se verá más adelante. Del mismo modo no fue sino en los años noventa que los CEI comenzaron a tener un desarrollo de interés, aunque profundamente dispar en América Latina. En muchos países aún hoy no se cuenta con normativas nacionales que regulen la existencia de estos comités, mientras otros tienen sistemas muy desarrollados, como el caso de Brasil, aunque esta no es la situación más frecuente. En ocasiones los CEI se han constituido más bien a instancias de investigadores, o de promotores, para cumplir los requerimientos de las normas internacionales o por motivación de grupos independientes. De este modo, el modelo de desarrollo de los CEI en la región ha sido más bien liberalizado y no siempre ha estado bajo alguna regulación de un organismo del Estado. Aún hoy se discuten en diferentes medios de nuestros países la forma en la que deben funcionar y su modo de constitución, reflejando una suerte de convivencia con los modelos de racionalidad anteriores al Código de Nuremberg. Esto se ha tornado todavía más complejo en los últimos años a la luz de numerosos CEI, creados en el marco de organizaciones de investigación por contrato (CRO) o en centros y fundaciones lideradas por investigadores, que terminan por ser el paso obligado de una suerte de burocracia que cumple con formas más administrativas que éticas. De igual modo, las normas nacionales que obligan a contar con un comité en las instituciones donde se realiza investigación han determinado en muchos lugares la creación de comités con personas con escasa formación y con poco poder para imponer decisiones que protejan los derechos de los participantes y establezcan las obligaciones de los investigadores. Si a ello se le suma la enorme influencia, casi siempre financiera que tiene la industria farmacéutica en los gobiernos, en la economía, en las instituciones y a través de distintas y complejas vías, se puede visualizar que el entramado de poder, intereses y conflictos que envuelve la investigación en la que participan seres humanos y sus formas de evaluación hoy es un campo extremadamente sensible. Si además se tiene en cuenta el grado de vulnerabilidad de los países de América Latina y los actuales intentos de modificar los estándares éticos universales contenidos en la Declaración de Helsinki, el papel de los CEI se toma central en la protección de los Derechos Humanos de los sujetos de investigación.

El marco de referencia y los criterios de constitución. Este camino histórico recorrido hasta aquí pone de manifiesto al menos dos racionalidades quehan atravesado la ética de la investigación biomédica y que podrían llamarse *antes de Nuremberg* y *después de* Nuremberg. El Código de

Nuremberg se constituye así en una inflexión en varios sentidos. 1. Introduce una ruptura con el modelo de neutralidad moral de la ciencia. Ese supuesto por el cual la ciencia es neutral y, por tanto, las normas que regulan su obrar deben ser internas al propio campo científico y los saberes que logra la investigación son solo "datos" que la sociedad podrá usar de manera correcta o incorrecta. 2. Incorpora la noción de evaluación independiente y el pluralismo en la toma de decisiones en medicina. 3. Determina un nuevo modelo de racionalidad en la medicina que pasa de un modelo de intención a un modelo de validación, de la mano de la introducción del ensayo clínico controlado. 4. Recoge el espíritu de la posguerra y el acuerdo respecto a la plena vigencia de los Derechos Humanos, reflejado en la Declaración Universal de Derechos Humanos cuando alude específicamente a los experimentos, dando preponderancia a los derechos individuales frente al modelo utilitarista que rigió las formas del desarrollo y el progreso científico hasta entonces. De este modo el modelo posterior a Nuremberg plantea que la propia sociedad civil, a través de sus instituciones, debe establecer las normas que regulan la investigación científica, como protección de las personas, y evaluar las consecuencias que en los individuos y la sociedad tengan las acciones llevadas a cabo por los investigadores a través de un modelo de responsabilidad solidaria. Toman así fundamental importancia tanto el marco normativo del Estado como la presencia de personas que representen los valores e intereses de los individuos y las comunidades en estos CEI. En la actualidad se ha consensuado que el objetivo de los CEI es proteger y promover los derechos de los sujetos de investigación y de las comunidades donde esta se realiza. Ello refiere tanto a la evaluación de la corrección del diseño metodológico como a la de todos los aspectos que afecten de algún modo el ejercicio de los derechos de los sujetos que se ponen en juego con su participación en la investigación biomédica. Las características constitutivas de los CEI precisamente deben dar cuenta de estos objetivos, como la interdisciplinariedad, la independencia, el carácter vinculante de sus recomendaciones y el desarrollo normativo. Es decir, deben crear una serie de procedimientos (Procedimientos Operativos Estándar, POE) que le permitan llevar a cabo con transparencia y corrección sus funciones. Estos POE deben reflejar fehacientemente el marco de valores éticos que fundan la ética de la investigación. Para cumplir sus funciones, se requieren determinadas competencias de los miembros del CEI, así como que haya una adecuada representación de todos los interesados (en tanto involucrados y no sujetos de interés), permitiendo que se dé cuenta de los valores de los sujetos y la comunidad que participan de la investigación.

La forma más adecuada de constituir los comités es el marco de sistemas de evaluación ética de la investigación, creados y regulados por el Estado, dentro de los cuales existan a) distintas instancias de evaluación, acreditación y control, que brinden a los CEI unos criterios para su formación capaces de resguardar su calidad y su transparencia, y b) una red de comités que los enriquezca y los contenga. Dados los enormes intereses que atraviesan el sector, para llevar a cabo su tarea los CEI deberán contar con dos aspectos fundamentales: *poder* para implementar, legitimar y hacer cumplir las normativas, e *Independencia* para que los intereses financieros no corrompan ningún aspecto de su tarea. Esta independencia debe quedar claramente establecida desde el comienzo de cualquier propuesta, no a través de *declaraciones formales de conflicto de interés* (en muchos casos mero trámite administrativo), sino de la explícita prohibición de estos conflictos en aquellos que han de formar parte en la instancia de diseño de normas y evaluación de investigación en la que participan seres humanos. Las personas que tienen relación directa con los intereses de la industria farmacéutica o perciben dinero de ese sector o de los investigadores no deberían formar parte de comités de ética de la investigación que evalúan protocolos relacionados. Finalmente, los CEI no deberían ser los únicos responsables, en muchos casos bajo un vacío regulatorio, de la evaluación de las investigaciones en seres humanos, cosa que suele suceder cuando el Estado no asume la responsabilidad que le corresponde respecto a la defensa de los derechos de los ciudadanos, en este caso los sujetos de investigación. La evaluación ética debe integrar un sistema cuyo objetivo supere el nivel que establece la protección de los individuos del riesgo y del daño, para buscar fines más lejanos como la salud integral, el bienestar y el desarrollo humano. En este camino, la integridad ética y jurídica de los CEI debe ser fuertemente protegida, porque su instrumentalización resquebraja la confianza que la ciudadanía pone en la medicina y en la ciencia, pero fundamentalmente rompe el fino hilo que hace posible que los países vulnerables, pobres en desarrollo y con precarias condiciones de salud, puedan aprovechar aquellas investigaciones internacionales que promuevan la salud y el bienestar de las personas y las comunidades que participan, exponiendo a los sujetos a los menores riesgos posibles y gozando de los beneficios de los resultados en un marco universal de justicia y equidad.

Referencias

OMS. Guías Operacionales para Comités de Ética que Evalúan Investigación Biomédica, 2000 (Modificada). - Albert Jonsen. *The birth of bioethics,* New York, Oxford University Press, 1998. - David othman. "Research Human: Historical Aspects", en Warren T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* Revised Edition, New York, Georgetown University The Free Press, 1995. - Carl Elliott. "Pharma goes to the laundry: Public Relations and the business of medical education", Hastings Center Report*,* 2004, 34 (5): 18-23. - Volnei Garrafa, M. do Prado. *"Cambios en la Declaración de Helsinki: Fundamentalismo económico, imperialismo ético y control social", Jurisprudencia Argentina 2001 (IV) 11: 09-15*. - Diego Gracia Guillén. "Investigación en Sujetos Humanos, implicancias lógicas, históricas y éticas", en *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas,* Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Serie Publicaciones, 2003.

Doble estándar

Dirceu Greco (Brasil) - *Universidad Federal de Minas Gerais*

Introducción. El término, generalmente utilizado en investigación clínica, se refiere a los diferentes niveles de acceso a cuidados de salud que se ofrezcan a voluntarios, por lo general en relación y conforme a su nivel socioeconómico o al del país donde la investigación se lleve a cabo. El acceso a los mejores métodos comprobados de cuidados, ya sea para diagnóstico, prevención o tratamiento, es una norma o estándar único aceptable en países industrializados donde se origina la mayoría de ensayos clínicos con medicamentos realizados en los países del llamado mundo en desarrollo. En ellos, o en su mayoría, el acceso habitual a la salud pública es mucho menor que los mejores métodos comprobados internacionalmente (*best proven*), e inexistente en algunas situaciones o patologías. Cabe recordar que esto ocurre en estas regiones no por desconocimiento de los investigadores, ni por distinta percepción ética, sino porque la población de esos países carece de condiciones financieras para ello. Así, esta diferencia se da por cuestiones económicas y no éticas.

Breve historia de la postulación del doble estándar moral en investigación biomédica. Uno de los importantes marcos de discusión internacional sobre la utilización de dos medidas distintas en investigación humana tuvo lugar tras dos publicaciones científicas en 1997: a) Editorial, de Marcia Angell (1997), criticando investigaciones sobre transmisión vertical de VIH realizadas en países de África, República Dominicana y Tailandia, financiadas por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos, con embarazadas infectadas por VIH. En estas investigaciones, la mitad de las voluntarias recibieron zidovudina en dosis menores a las del esquema mostrado eficaz en 1994 en el ensayo clínico ACTG 076, adoptado por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos; la otra mitad recibió placebo. Angell cuestionó si los investigadores involucrados en estas investigaciones estaban repitiendo fuera de su país una conducta antiética como la del estudio de la historia natural de sífilis realizado en Tuskegee, Alabama; b) El artículo de Lurie y Wolfe (1997) en el que se analizaba una serie de proyectos sobre VIH patrocinados por los NIH y realizados en países en desarrollo, con críticas semejantes a las de Angell.

Situación actual del tema. ¿Quiénes postulan hoy el doble estándar, quiénes se oponen y qué intereses se encuentran detrás de la defensa del doble estándar? La expansión de los ensayos clínicos multicéntricos internacionales, que adquirió mayor impulso en las últimas décadas del siglo XX, principalmente después de la aparición y expansión descontrolada de la infección por VIH/sida, coincidió también con una mayor frecuencia de proyectos en los cuales el nivel de acceso a los cuidados de salud es bastante menor a lo propuesto médica y éticamente. Estos proyectos comprenden, por supuesto, a los pobres y excluidos del tercer mundo. Cabe recordar que situaciones similares ocurrieron, y tal vez aún ocurran, en los países centrales, involucrando nuevamente poblaciones más pobres y menos valoradas por la sociedad. El ejemplo seminal es el estudio de la historia natural de la sífilis, promovido en Tuskegee por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (DHHS), con más de 400 voluntarios infectados por *Treponema pallidum*. Este proyecto, que se inició en 1932 y solo fue interrumpido en 1972 tras denuncias hechas a la prensa, refiere que a pesar de que la penicilina estuviera disponible en la década de los cuarenta, ninguno de los voluntarios fue tratado. Esta deplorable conducta alcanzó a individuos que, además de pobres eran negros, lo que aporta un dato más al esquema de doble estándar: el racismo además de la pobreza.

Lo que anuncian las normas éticas internacionales. La más reconocida de ellas, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, revisión de 1996, ya estipulaba (ítem 30 de la actual versión) que "*todas las personas, inclusive aquellas del grupo control, deben tener acceso a los mejores cuidados médicos comprobados* (*best proven medical care*)". Asimismo, con esta norma establecida con participación de representantes de diversas asociaciones médicas nacionales y en presencia significativa de representantes de Estados Unidos y de otros países centrales, tuvieron lugar investigaciones como la de Tuskegee. Es posible que, a partir de los años de 1970, proyectos semejantes no habrían sido aprobados para realizarlos en países

industrializados. Las razones son variadas y no exclusivas, entre ellas la propia exposición pública de aquel suceso y, mucho más importante, el ejercicio de la mayoría de los potenciales voluntarios de estos países, que entienden que tienen derechos y luchan por ellos. Los argumentos ofrecidos por los investigadores y las agencias favorables al menor acceso a cuidados de salud sostenían que estos dependen del lugar y la población en estudio. Así, el empleo de un doble estándar fue defendido por investigadores y agencias (Levine, 1999; Temple, 2000; Koski, 2001), presionando por modificaciones en la Declaración de Helsinki o su simple abandono, argumentando que: 1. El papel del investigador en el mundo real es injusto ya que no sería una obligación de los investigadores el atender o resolver los grandes problemas de desigualdad mundial. 2. Los niños y las niñas africanas, dominicanas y tailandesas, hijos e hijas de madres infectadas por VIH, en los estudios citados, corrían gran riesgo de infectarse. Al disponer de antirretrovirales para la mitad de las madres y placebo para la otra mitad, habría disminuido el riesgo de infección para el 50% de ellas. 3. El mejor método comprobado nunca sería usado en aquellos países; por tanto, en la confirmación, lo correcto era utilizar como grupo control lo que esas mujeres tenían acceso en sus países, que no era nada. 4. Para ofrecer mejores cuidados habría un aumento de costos de las investigaciones, lo que traería el riesgo de atrasar el desarrollo de nuevas drogas y de impedir por completo su desarrollo. Este argumento, usado sin comprobación técnica, parece frágil ante los grandes gastos de la industria farmacéutica con el marketing de productos investigados. En este sentido, Bhutta (BMJ, 2004) defiende que el estándar de tratamiento depende del contexto de la investigación y que las intervenciones desplegadas en el mundo desarrollado no pasarían por el filtro costo-efectividad-sustentabilidad en países en desarrollo. También de acuerdo con él, "*el debate sobre* standard of care *debe resolverse de modo que no impida investigaciones dirigidas a mejorar los sistemas de salud y debería permitir mejora pragmática en lugar de esperar cambios revolucionarios en los sistemas de salud, los cuales podrían no ocurrir jamás*". Lie y colaboradores (2004) también consideran que es ético el empleo en investigaciones en países en desarrollo de patrones más bajos de acceso a cuidados de salud, basándose en el supuesto consenso internacional (en desacuerdo con la Declaración de Helsinki). Estos autores confunden argumentos económicos (pobreza local, falta de acceso a cuidados médicos necesarios en salud pública) con argumentos éticos, basándose en aquellos para justificar la disminución de requisitos éticos (Schüklenk, 2004).

Contraargumentos y síntesis. La posición crítica y favorable al acceso a los mejores métodos comprobados postula argumentos por una ética independiente del origen social de los voluntarios o de la capacidad económica local. En el marco controlado y hasta "irreal" de los ensayos clínicos, la discusión sobre el acceso a los mejores cuidados internacionalmente comprobados debería estar superado, pues en este proceso controlado y tan bien planeado, es posible el previo establecimiento de mejores condiciones para la realización de estudios conjuntos que involucren al patrocinante, los servicios de salud públicos, los investigadores y la población. Este punto puede estar aún más acentuado cuando, en la actualidad, la verdadera discusión internacional en relación con el acceso a medicamentos involucra uno de los tratamientos más caros para las personas que viven con VIH/sida. Lo que se discute en los foros internacionales no es quién, sino cuándo y cómo hacer para que todos tengan acceso en situaciones más amplias y complejas de salud pública. Así, la experiencia acumulada con el planeamiento y establecimiento de ensayos clínicos y en especial, con el cumplimento de los requisitos definidos por la Declaración de Helsinki, puede ser un ejemplo para que esto también se dé en relación con la salud pública. Por desgracia, en salud pública aún existe un doble estándar en diagnóstico, acceso a cuidados médicos y a medicamentos. Esto ocurre principalmente en países en desarrollo y, en países desarrollados, a personas con menores condiciones financieras, que tienen acceso diferente y peor que la población rica local. El establecimiento de un único estándar para los ensayos clínicos contribuirá a que se intensifique la lucha para que esto acontezca también en salud pública.

En síntesis, no hay necesidad de más normas y directivas para que los derechos humanos sean respetados. Lo necesario es la aplicación real y universal de normas ya existentes. Lamentablemente lo que ocurre es la aparición de diversas directrices con divulgación internacional, originadas en países desarrollados, para ser aplicadas en investigaciones en países en desarrollo, con requisitos éticos menos estrictos (CIOMS, 2002; Nuffield, 2002; UNAIDS, 2000) que los divulgados por la Declaración de Helsinki. Esta última es la más antigua, la más democráticamente discutida y más reconocida como pilar ético para investigaciones que involucren al ser humano. Sin embargo, hubo presión constante para volverla menos rígida, para suprimirla (Lurie y Greco, 2005) o para desjerarquizarla por completo, dando lugar a que cada uno use la directriz que mejor le parezca, sin proteger en verdad a las personas participantes. No hay duda de la necesidad de la investigación con seres humanos para el desarrollo de medicamentos y vacunas

eficaces, ni de que estas deben ser científica y éticamente adecuadas, respetando la autonomía del voluntario y los principios de equidad y justicia. Las investigaciones deben ser significativas para la población involucrada, y sus resultados, aplicables y sustentables. Cabe recordar que si los patrones éticos fueran disminuidos, será más difícil su recuperación futura y que, si no hubiese limitaciones económicas, el empleo de mejores métodos diagnósticos y terapéuticos sería sin duda el patrón mundial. Es también indiscutible la necesidad de investigaciones para el desarrollo de mejores métodos preventivos, de medicamentos y de vacunas más eficaces, pero la verdadera urgencia es que todos tengan acceso a lo que sea eficaz, ya que los ensayos clínicos, ética y científicamente correctos, pueden y deben ser realizados en comunidades-países con menor vulnerabilidad.

Perspectivas por una sola ética, un único estándar. 1. Mantener los más rígidos requisitos éticos para investigación biomédica aplicables igualmente a todos los voluntarios (Greco, 2000; Macklin, 2004), con independencia de raza, color, localización geográfica o poder económico, como lo anunciaron las normas emanadas de la Declaración de Helsinki (2000), buscando retirar de esta las notas de aclaración (párrafos 29 y 30) que la debilitaron. Utilizar el evidente impacto de la ética en investigación en una tarea más difícil de aplicación práctica de resultados de los ensayos clínicos. La comunidad científica debe posicionarse para poder proporcionar a todos los que necesiten el producto en investigación que se muestre eficaz (Benatar, 2002; Greco, 2003). Esto podrá evitar el uso y exploración de comunidades-regiones-países vulnerables en investigaciones no éticas. 2. Establecer el mismo respeto al paciente –la autonomía, la información y su consentimiento en las situaciones de asistencia a la salud–, como condición indispensable para disminuir desigualdades. 3. Buscar la validación de las directrices éticas para investigaciones emanadas de la Declaración de Helsinki a través, por ejemplo, de un documento internacional emitido por la Organización Mundial de la Salud u otro organismo que reafirme la implementación de una única ética, un único estándar.

Referencias

M. Angell. “The ethics of clinical research in the third world”, *N Engl J Med* 1997; 337: 847-849. - Z. Butha. “Standards of care in research-Should reflect local conditions and not the best western research”, *BMJ* 2004; 329:1114-1115. - D. B. Greco. “Poder e injustiça na pesquisa envolvendo seres humanos”, pp. 257-269, en V. Garrafa, L. Pessini (organizadores), Sociedade Brasileira de Bioética, Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2003. - G. Koski, S. L. Nightingale. “Research Involving Human Subjects in Developing Countries”, *NEJM* 2001; 345:136-8. - R. J. Levine. “The need to revise the Declaration of Helsinki”, *Bull Med Eth* 1999; 150:29-33. - R. K. Lie, E. Emanuel, C. Grady, D. Wendler. “The standard of care debate: the Declaration of Helsinki versus the international consensus opinion”, *J Med Ethics* 2004; 30:190-193. - P. Lurie, D. B. Greco. *U.S. Exceptionalism Comes to Medical Research*, Lancet: 1117-1119, 2005. - P. Lurie, S. M. Wolfe. “Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of HIV in developing countries”, *NEJM* 1997; 337: 1003-1005. - R. Macklin. *Double standards in medical research in developing countries*, New York, Cambridge University Press, 2004. - Nuffield Council on Bioethics. *The ethics of research related to research in developing countries,* London, Nuffield Council on Bioethics, 2002. - R. Temple, S. S. Ellenberg. “Placebo-controlled trials and active-control trials in the evaluation of new treatments. Part 1: ethical and scientific issues”, *Annals of Internal Medicine* 2000; 133:455-463.

Justicia y Derechos Humanos

1. Justicia, igualdad y equidad

La historia de la ética desde su origen es la historia de las ideas de dignidad, igualdad y justicia. En el final del *Gorgias*, cuando Sócrates dice que el mejor modo de vivir es el que consiste en vivir practicando la justicia, enuncia el supuesto básico de la vida ética que sigue siendo hoy el supuesto básico para una bioética verdadera. El respeto de la dignidad humana, la igualdad de derechos y la justicia son las únicas garantías de la paz en el mundo para el derecho de los derechos humanos; por esto, una bioética universal –esto es, una ética de la vida en términos universales– no puede sino conjugarse con los derechos humanos. Porque la bioética está destinada o bien a fortalecer y profundizar la moral mínima que supone el respeto de los derechos humanos en tanto consenso prescriptivo universal o bien a debilitar y confundir sus fines. Pero en modo alguno la bioética y los derechos humanos pueden ser campos disociados. Siendo que en el derecho internacional de los derechos humanos la humanidad ha logrado definir por primera vez los contenidos básicos de una ética universal, la bioética ha de suponerse como un campo normativo dirigido a fortalecer y, sobre todo, a profundizar esos contenidos en un ámbito de acción particularizado.

Racionalidad moral e idea de justicia. Desde que la historia nos ha dejado testimonio, no hay idea moral de mayor dinamismo conceptual que la de justicia (v. *Idea de Justicia*). Una y otra vez, cuando la razón ya había justificado con su racionalidad jurídica y política, científica y ético-formal, las relaciones de propiedad y distribución de los bienes materiales en todas las sociedades que nos antecedieron y en las que hoy vivimos, hubo actos simples de rechazo fundados en *convicciones íntimas* de injusticia expresadas como indignación. A lo largo de la historia han sido esos actos los que han exigido realidades que la razón de principios universales nunca hubiera justificado por sí misma. Han sido actos mediados por un razonamiento moral simple, pero portadores siempre del elemento esencial del discurso moral que es la imparcialidad. Una imparcialidad que, entendida como desestimación de intereses particulares, se comprende en modo más coherente cuando es expresada por aquellos que tienen sus necesidades y libertades básicas insatisfechas y claman por ellas. Porque la demanda de satisfacción de necesidades y libertades básicas, a diferencia de las demandas egoístas, es auténticamente imparcial en la medida que podemos imaginar sea aplicable a cualquier individuo humano en dicha situación (v. *Igualdad y diferencia*). No ocurre lo mismo con las pretensiones de validez de aquellos cuyo bienestar y calidad de vida ha superado las barreras de la pobreza o la indigencia. La dinámica entre libertad e igualdad en unos y otros es muy distinta. Es por ello que los supuestos básicos de la moral se encuentran mejor expresados por el lenguaje común de aquellos que, aun siendo simples en sus capacidades justificatorias racionales, pueden mostrar en sus actos de demanda una mayor veracidad moral. Han sido esos actos los que han puesto en marcha la necesidad de *nuevas* justificaciones. Por eso cabe preguntarse, como se preguntaba Platón en *Protágoras*, ¿quiénes podrán ser maestros de la virtud mayor del ciudadano que es la justicia? Puede responderse diciendo que siempre habrán de ser aquellos que formulen en términos de una expresión simple el lugar donde están los supuestos de una visión estético-moral de la vida y que puedan mostrarla en el ejemplo de sus conductas. Los defensores de los Derechos Humanos, se trate de personalidades reconocidas en el campo o de cualquier paciente, familiar o ciudadano, pueden dar esos ejemplos. El arte de la vida moral podrá superar diversos aspectos de esos ejemplos, pero no podrá prescindir de la virtud encerrada en ellos. El progreso moral, si se lo acepta, no es el simple resultado de nuevas justificaciones, sino el proceso dialéctico que de las certezas de la conciencia libre formuladas en exigencias lleva a reconocer en modo justificado los descubrimientos morales cuando a estas justificaciones se las considera en armonía con los derechos humanos básicos. Por la racionalización de la moral por supuestos expertos racionales, cuando se trata de hablar de justicia, aparece ante esto como una vertiente encubridora del lugar donde en verdad se validan los juicios morales. Un sistema de justicia incluye todas las instituciones y los procedimientos establecidos por la sociedad –formales, tradicionales o alternativos (v. *Sistemas normativos indígenas*)– para determinar derechos y resolver conflictos, tanto en el orden interno como en el orden regional. La seguridad jurídica consiste en que todas las personas puedan disfrutar de sus derechos y libertades sin discriminación alguna, sin interferencias ilegítimas de otros individuos o de funcionarios estatales, en que su dignidad no se encuentre amenazada por factores heterónomos y que tengan

la certeza de que hay condiciones sociales para su desarrollo pleno en el tiempo como seres humanos. En relación con el sistema de justicia, hay que considerar las políticas públicas que hacen referencia a la voluntad política de los gobiernos de proteger los derechos y libertades y a la identificación de líneas de acción, la búsqueda de las fuentes de financiación y la puesta en marcha de los mecanismos institucionales de protección y promoción de los derechos humanos y de sanción a los violadores. En esa trama se interrelacionan el sistema de justicia, la seguridad jurídica, las políticas públicas dirigidas a proteger al ciudadano como sujeto de derechos, y las garantías de acceso a la justicia, donde se hace realidad o no una moral básica para la vida y el vivir comunitario. La bioética latinoamericana no puede dejar de tener en cuenta estos conceptos fundamentales para su teoría y su práctica.

Elementos constructivos de la justicia. La bioética se ha ocupado de la justicia en atención de la salud y de la ética política en el orden internacional, y se presume que puede hacer importantes contribuciones tanto a su teoría como a su práctica. Algunos autores creen, sin embargo, que hay una diferencia insalvable entre el discurso práctico de los políticos y científicos sociales y el discurso teórico de los filósofos. Así suele hablarse de dos tipos de racionalidad. Por un lado, la racionalidad económica, estratégica, basada en los intereses de los Estados más fuertes, sustentada militarmente, 'realista y práctica', atenta a los beneficios. Por el otro, la realidad histórica del ejercicio de esa racionalidad moderna, sus consecuencias, la disparidad entre los resultados y sus costos sociales que la cuestionan éticamente. El mundo ha evolucionado hasta hoy según una trama compleja de acciones e ideas donde el poder y la imposición de unos sobre otros parece haber destacado. Pero nunca tuvo el hombre tanto poder como para destruirlo todo. El desarrollo nuclear ha vuelto absurda, y cada día la hace más, la noción de fuertes y débiles. La conquista de la naturaleza se alcanza al precio de la destrucción. Las comunicaciones han integrado todos los rincones del mundo y hay elementos para creer que la razón comunicativa y las teorías de la justicia sean algo más que un discurso ideal si se logra transformarlas en filosofía práctica. Por eso hay que atender a un análisis de los principales criterios de justicia y a que la misma cobra realidad en distintos niveles de las políticas internacionales, la política interior de cada Estado, las instituciones y los individuos, que no pueden excluirse entre sí. Para la elaboración de un concepto riguroso de justicia hay que dar cuenta al menos de tres elementos constructivos fundamentales: el modelo o plan de distribución de los bienes, el sujeto individual o social que ha de asignar esos bienes y los resultados conseguidos en relación con el modelo considerado.

Teorías de la justicia. Las teorías de la justicia y los argumentos éticos que se dan para la defensa de las distintas posiciones ante los problemas prácticos pueden ser analizadas en relación con este esquema, si no se olvida la dinámica permanente entre cada uno de sus componentes. 1. *Teorías de la justicia basadas en la planificación*. La planificación ha crecido como una opción contemporánea para dar respuesta a diversos problemas; los Estados han creado secretarías especiales para ello. Los países socialistas centraron su idea de justicia en la planificación. A pesar de esto, los problemas de justicia han seguido aumentando. La idea de que hay que ajustarse a un plan para alcanzar la justicia no es nueva, ya que tanto Aristóteles como Santo Tomás concibieron la justicia como un restablecimiento del orden natural existente, donde el plan ya estaba trazado. Esta posición fue expresada, asimismo, en la opción del hombre como administrador de la naturaleza. Con Hobbes, Locke y Rousseau se postuló también una insistencia en el plan, que no era el de la naturaleza, sino el que los hombres establecen en el contrato social (v.). Los contractualistas piensan que los resultados visibles de las inequidades en las demás concepciones hacen necesario el contrato y que el hombre supera el estado de naturaleza y puede aspirar a dominar la misma. Ese pacto o contrato puede ser de diversos tipos, de modo que los estados pueden tener distintas realidades de justicia. En cualquier caso, es esencial la idea de libertad para acordar posiciones. La posición de los países desarrollados, en especial la de Estados Unidos, ha defendido frecuentemente el argumento del orden natural o statu quo. La exigencia de planes de ajuste económico a los países subdesarrollados se enmarca en esta posición. Los países subdesarrollados, por su parte, están interesados en el contrato, pero se enfrentan a la negociación en una situación mas débil de poder. La importancia de estos países en la evolución de los problemas ambientales, sin embargo, ha hecho aumentar este poder. En este conjunto de teorías, Amartya Sen ha venido a destacar la libertad como elemento básico para que las personas puedan establecer su propio plan de vida (v. *Capacidades, proyecto de vida y sistema de derechos*). 2. *Teorías de la justicia basadas en los resultados*. Para Bentham, John Stuart Mill y Keynes, entre otros, el elemento más importante de la justicia son los resultados o utilidad pública. Lo útil es bueno; lo útil es justo; la mayor felicidad del mayor número es la medida de lo justo y de lo injusto. Si el consumo aumenta, aumenta también la riqueza y el bienestar general. La seguridad social en salud, propuesta por William Beveridge en 1942 y luego desarrollada en Europa, apuntaba a

este aumento de la utilidad pública. Si el consumo de salud aumentaba, aumentaría también la producción global en un porcentaje mayor. Los que defienden los resultados se oponen a la planificación porque restringe la libertad, y sin esta la producción no tiene incentivos. Es la posición del liberalismo clásico. La libertad de las compañías a la explotación de los recursos naturales les parece justificable porque el mercado se encargará de regular las desigualdades. En las relaciones Norte-Sur, los países subdesarrollados se quejan por los resultados arrojados por la modernidad para ellos, mientras los países desarrollados hablan del progreso mundial en estos cinco siglos. 3. *Teorías de la justicia centradas en el agente moral.* Para Rawls, la justicia consiste en la armonía entre libertad e igualdad, entre derechos humanos y derechos económicos. La aplicación de esta aproximación a las relaciones internacionales y los problemas de justicia global ha enfatizado el papel de las instituciones frente a las políticas. Los acuerdos económicos internacionales pueden conducir a inequidades, pobreza, malnutrición y enfermedades; los acuerdos políticos, al desarrollo del armamentismo y la violencia, si no existen instituciones que garanticen lo contrario. Por ello, el papel del agente moral es esencial para alcanzar la justicia. No obstante, el papel de las instituciones ha sido doblemente cuestionado. Por un lado, y sobre todo a escala nacional, la burocracia de las instituciones del Estado ha sido criticada por no asegurar la participación de los ciudadanos en la discusión de las cuestiones públicas; por el otro, a escala internacional, organismos como las Naciones Unidas son criticados porque, aunque cuentan con buenos planes o programas, no alcanzan grandes resultados.

Justicia, vida saludable y salud integral. En América Latina es necesario desarrollar una bioética crítica cuyo fin sea una comunidad respetuosa de los valores humanos esenciales en la vida y el vivir, para que puedan conjugarse en modo armónico los valores culturales comunitarios, los principios éticos universales y los derechos humanos básicos. El concepto que integra el conjunto de valores esenciales es la *justicia*, ya que se lo ha de entender como el que define el horizonte de 'la vida buena' (v.) en su sentido más amplio. Pero como práctica política de un ideal de vida buena circunscrito al terreno de la vida saludable –dado que la bioética trata de la medicina, las ciencias de la vida y sus tecnologías conexas–, la práctica de la moral comunitaria que pueda estar encerrada en cualquier bioética no puede ser entendida sino como construcción social de las exigencias morales que buscan reconocimiento jurídico por el Estado en el campo de la vida y la salud (v. *Equidad en salud*). Sin embargo, aun sosteniendo que la bioética es una práctica transformadora sustentada en la idea de justicia, se debe decir que los valores humanos esenciales de la vida, la identidad, la integridad, la libertad, la salud y el bienestar que ha de respetar la bioética aparecen ligados a las ciencias de la vida y la atención de la salud en sus conceptos científicos y las evidencias de sus verdades, y en sus operaciones técnicas y el grado de eficacia en sus resultados. No podemos hablar de justicia sin tener respaldo empírico para nuestros enunciados morales. De este modo, al hablar de la vida de un embrión o de un paciente en estado vegetativo persistente o de la mortalidad infantil o de los años de vida perdidos en perspectiva sanitaria que podrían haberse evitado, necesitamos conceptos de la biología, la estadística, las técnicas de intervención o procedimientos de determinación de la muerte, etc. Lo mismo sucede con la identidad (en perspectiva psicológica, sociológica, antropológico cultural, genética) y los demás valores. Al hablar de 'salud' como conceptos científicos y operaciones técnicas de atención de la misma, estamos utilizando un aspecto restringido del término (y por tanto más 'biomédico'), opuesto de enfermedad. Pero si el concepto integrador de los valores éticos básicos es la justicia, el que integra los conceptos científicos y las operaciones técnicas será el de salud, entendido en un sentido amplio (bio-psico-social) que se pueda enunciar como 'salud integral' (v. *Salud y enfermedad*). La salud como concepto integrador de las evidencias científicas y criterios de eficacia técnica disponibles (no de las prácticas saludables en sí, pero sí de las pretensiones de validez universal de esas prácticas), y a diferencia de la justicia como práctica política de todo ciudadano, exige el conocimiento especializado, la práctica suficiente y la responsabilidad necesaria que ha de descansar en un conjunto de miembros de la comunidad o agentes de salud de las más diversas disciplinas. Por eso resulta intrínsecamente errónea la concepción de la bioética que postula el principialismo de autores como Beauchamp y Childress, Engelhardt, Macklin, Gracia Guillén y Gillon, entre otros, cuando parten del supuesto de la justificación moral basada en la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia como cuatro principios éticos 'prima facie'. Porque entre muchas otras objeciones que se le han hecho a dicha concepción (v. *Bioética. Crítica Latinoamericana*), hay que considerar que si bien la beneficencia y la no maleficencia se relacionan fuertemente con el conocimiento y la experiencia de los profesionales de la salud, la autonomía remite a la decisión libre de individuos o grupos; la justicia es un valor, un principio y una virtud, que corresponde a todas y cada una de las personas tanto en su concepto como en su juicio y su razonamiento. Por eso nunca ha sido ni podrá ser un principio 'prima facie' que pueda ser 'balanceado' ante otros

principios para dilucidar cuál de ellos se impone con mayor fuerza de obligación moral. La justicia es una idea que, como la de dignidad, atraviesa al conjunto de la moral para modularla y otorgarle coherencia y armonía.

[J. C. T.]

Idea de justicia

Fernando Aranda Fraga (Argentina) -
Universidad Adventista del Plata

Concepto y origen del término. Representada como una mujer con una balanza y una espada en la mano, la justicia se define como la concordancia con el derecho vigente. Uno de los propósitos fundamentales de la humanidad es que en el mundo impere la justicia. En su representación material la balanza significa el trato igual ante la ley, y la espada simboliza su doble tarea: proteger y sancionar. En términos muy generales, puede decirse que existe una concepción cósmica de la justicia, en la cual esta es comprendida como orden o medida. Esta idea genérica universal sobre la justicia existió históricamente en la mayoría de las civilizaciones occidentales y orientales, en culturas primitivas y de existencia milenaria, en el pueblo hebreo del Antiguo Testamento y en el origen de la cultura griega occidental. Algo es justo cuando su existencia no interfiere el orden al que pertenece; es justo que cada cosa ocupe su lugar en el universo. De tal modo, hay o se produce injusticia cuando una cosa usurpa el lugar de otra, cuando no se confina a ser lo que es o se produce alguna desmesura. La corrección y el castigo de tal exceso es el cumplimiento de la justicia, restaurando de este modo el orden originario. Referida a los aspectos sociales, la justicia tiene lugar cuando hay equilibrio en situaciones de intercambio de bienes entre miembros de la sociedad, esto es, cuando nadie es desposeído de lo que le corresponde. Si se produce algún desequilibrio en este sentido, lo cual constituiría una injusticia, tendrá que ocurrir luego la correspondiente situación compensatoria; de ahí la común denominación de "compensación justa" del acto que tiene lugar para corregir la situación inicial de injusticia.

Estado de la cuestión en la antigüedad y el medioevo. En cuanto al desarrollo histórico de la idea de justicia, entre los griegos –siglos V-IV a.C.– sobresalen los sofistas, Platón, Aristóteles y los estoicos. Los sofistas, al distinguir entre hechos naturales y convencionales, pusieron la justicia en esta última categoría, puesto que estimaron que algo es justo cuando se acuerda que lo sea, e injusto si se acuerda lo contrario. Según Platón, la justicia es un bien y, a diferencia de otros bienes, deseable tanto por sí mismo como por sus resultados. Así lo afirma en *República*, obra política donde expone su ideal de Estado, cuyo tema principal es la justicia. La principal virtud del alma es la justicia; su vicio, la injusticia. Aristóteles dedica gran parte de su reflexión moral a la justicia, la cual posee doble significado. El primero trata del sentido normativo; como tal, la justicia constituye la "virtud completa" o el compendio de todas las virtudes. En segundo lugar, por justicia se refiere a la igualdad que tiene lugar en la sociedad o Estado (*polis* = ciudad-Estado). En este sentido, Aristóteles establece una nueva división entre "justicia distributiva" y "justicia conmutativa o correctiva". La primera ordena la asignación de bienes y cargas a los ciudadanos por el Estado; la última se refiere a las relaciones interpersonales. Para Aristóteles, la equidad es superior a la justicia, porque al aplicar las normas universales a un caso particular, la equidad es capaz de enmendar la norma y suplir sus deficiencias naturales. Otra interpretación influyente de la justicia fue la estoica, sobre todo en cuanto a su carácter determinista y fatalista. Aquí la noción de justicia aparece ligada al concepto de destino, ley universal y cósmica de la vida que se cumple rigurosa e inexorablemente. En la concepción cristiana medieval, la justicia aparece superada por la caridad y la misericordia. Si la justicia es dar a cada quien lo que le corresponde, la caridad consiste en darle más que lo debido, un excedente de la norma que existe gracias al amor.

La idea de justicia en la modernidad. Con el advenimiento de la modernidad, se inicia el proceso de separación entre moral y derecho –consecuencia de la oposición y división entre ley natural y ley positiva–. Esta situación se evidencia desde Hobbes en adelante y, de manera más contundente, con Bentham y Austin en los confines de la edad moderna. Debe destacarse que en sus comienzos, con Grocio (s. XVII), la justicia se fundaba en la ley natural, la cual no difería en absoluto de la ley positiva. Esto implica que para el iusnaturalismo –doctrina desarrollada mayormente por Grocio– las leyes positivas son justas porque son expresiones de la ley natural. Hobbes define qué entiende por justicia e injusticia en el capítulo XV de *Leviatán*. El origen de la justicia, según Hobbes, radica en el cumplimiento de los pactos; por tanto no existe en el estado de naturaleza, que es previo a todo pacto; sólo tiene lugar dentro del estado civil o social. Es justo quien cumple y respeta las leyes sancionadas por el soberano. Antes del pacto, dice Hobbes, no hay justicia ni injusticia, se vive en una situación de vaciedad jurídica; no hay ley, lo cual impide la existencia de la sociedad. Hobbes

inaugura la concepción formalista de la justicia, porque esta posee un carácter convencional y no natural. Dicha noción influirá en Hume y el resto de los utilitaristas, quienes equipararon la justicia a la utilidad pública: justo es aquello que se conforma con el interés de todos (la mayoría) los miembros de la sociedad. El tema de la justicia, en su acepción distributiva, está presente en el marxismo como uno de los focos de su teoría social, constituyéndose en meta de la revolución. Su finalidad es hacer justicia a la postergada clase trabajadora (proletariado), retribuyéndole no una parte, sino todo el valor de su trabajo. De acuerdo con Marx, en la primera etapa del comunismo, justicia es dar a cada cual según su trabajo, mientras que en la segunda etapa, justicia significa dar a cada uno según sus necesidades. Es un hecho histórico que casi la totalidad de las ideologías incluyen en su ideario doctrinal una concepción sobre la justicia. Esto tiene en mente el jurista vienés Hans Kelsen al negar la racionalidad inherente a la idea de justicia y, por tanto, su carácter de ciencia. Kelsen no niega que existan diversas fórmulas de la justicia, sino "*que exista una fórmula de justicia absoluta, válida para todo tiempo y lugar, inmutable, única y universal*" (Kelsen, 1960). Para él, existen varias fórmulas que pretenden valer y están en competencia. Kelsen representa la concepción decimonónica de la ciencia; por tanto, su estrecho concepto de racionalidad científica está determinado por el positivismo del siglo XIX, una posición que actualmente fue superada. En consecuencia las tesis de Kelsen sobre la justicia también están superadas.

Debates actuales sobre la justicia. Hoy existe un consenso generalizado en cuanto a que la razón humana no debe identificarse con la razón científica. El tema de la justicia había estado eclipsado a comienzos del siglo XX, en especial debido a las limitaciones impuestas al conocimiento por el positivismo cientificista. No obstante, reaparece con fuerza hacia las décadas finales, precisamente a raíz del auge de los derechos individuales y de grupos, hecho que resultó favorecido por la trascendencia que adquirió la publicación de la obra de Rawls (1971), y las reacciones, tanto a favor como en contra, que suscitó la misma. Rawls propone, esencialmente, una refundación de la sociedad, con la finalidad de tornarla más justa, mediante un nuevo contrato social, hipotético, que se establece sobre dos pilares o principios, los cuales se presupone radicalmente imparciales porque son elegidos en una situación (la "posición original") que es también imparcial. La centralidad atribuida por Rawls al valor de la justicia se refleja en su afirmación de que "*la justicia es la primera virtud de las instituciones sociales, así como la verdad lo es de los sistemas de pensamiento*" (Rawls, 1971). El escenario principal de las disputas que tuvieron lugar a partir de entonces sobre el asunto de la justicia se conoció como el debate entre liberales y comunitarios, aunque justo es decir que no fue este su único eje, sino que hubo otro, desplazado hacia la derecha del espectro político, representado por la crítica de Nozick a la teoría de la justicia rawlsiana. Frente a las que llama "teorías estructuradas de la justicia", Nozick propone eliminar cualquier posible redistribución de bienes, mediante una teoría "intitular" (*entitlement theory*), cuyo acento es colocado en el individuo y, como consecuencia, en el denominado "Estado mínimo" que opera a su servicio. Su teoría se conoce como "anarquista o libertaria". En cuanto a las principales críticas a la teoría de la justicia de Rawls formuladas por los denominados "comunitaristas", estos cuestionan el procedimiento supuestamente imparcial, la ficción de la posición original y la prescindencia de una teoría del bien, en aras de la neutralidad, como algo previo a cualquier estipulación de principios de justicia. Este último aspecto, afirman los comunitaristas, conduce a una sobrevaloración de la justicia por encima de otras virtudes. En términos generales, la crítica comunitarista dispara sus dardos contra el individualismo y el escaso compromiso social del liberalismo, al que critican por adoptar una concepción atomista de la sociedad. Deben destacarse, asimismo, las vindicaciones feministas sobre la justicia de género, que se dirigen sobre todo a la concepción liberal como bloque, y en forma particular a la teoría de la justicia de Rawls. Catharine MacKinnon promueve un cambio de enfoque en el tratamiento de la justicia, que se abandone el énfasis puesto en la autonomía y se adopte otro que describa con más propiedad la situación de la mujer en el mundo actual. Este será el punto de vista del enfoque de la dominación, mediante el cual se objeta la superioridad masculina y la subordinación femenina, que originaron una desigual distribución del poder entre ambos sexos, y tergiversaron las relaciones de justicia, tornándose injustas. Este enfoque de la dominación, afirma MacKinnon, ha relegado sistemáticamente a un grupo completo de personas a una condición de inferioridad, atribuyéndola a su propia naturaleza (MacKinnon, 1987). Nancy Chodorow objeta la forma en que el liberalismo aborda el problema de la justicia, describiendo el punto de vista masculino sobre el tema, al vincularlo siempre con principios generales y abstractos. Esto ha conducido a que la concepción dominante sobre la justicia resulte sesgada en materia de género. Hasta aquí hemos comentado los rasgos básicos de lo que podemos denominar teorías sustantivas de la justicia. Menos ambicioso que Rawls, por ejemplo, ha sido Habermas –en el sentido de evitar dar contenido a su concepto de justicia y mantenerse en un plano

formal– al proponer su "teoría de la acción comunicativa" como una forma de acceso puramente procedimental a una idea de justicia, lograda mediante lo que él llama "situación ideal de diálogo" en condiciones de igualdad y libertad, que generan la denominada "racionalidad comunicativa". "*Una norma será justa si todos pueden desear que sea obedecida por cada uno en situaciones semejantes*" (Habermas, 1998). Planteamientos críticos más recientes acerca de la justicia o injusticia, en política internacional, han surgido en relación con las guerras preventivas libradas por gobiernos de países del denominado Primer Mundo, en el Cercano Oriente, contra países árabes. ¿Hasta dónde puede tomarse como justa una invasión, ya sea por una supuesta prevención o por el deseo de venganza –cuando no motivada por comprobados intereses económicos–, en ocasiones encubierta bajo el lema y apodos cuasi divinos de "justicia infinita" o "justicia duradera"? ¿Puede realmente ser justa una guerra cuando por su causa mueren inocentes que no han tenido voz ni parte?

La justicia en Latinoamérica. En el ámbito latinoamericano las discusiones sobre cuestiones de justicia han tenido una vigencia permanente. Durante las últimas décadas diversos movimientos hicieron sentir su voz al mundo, contribuyendo al debate y enriqueciéndolo con sus aportes. Las reflexiones y los planteamientos sobre la justicia en Latinoamérica han surgido, sobre todo, como vindicaciones de índole geopolíticas, a partir del reclamo ante la carencia estructural de justicia social en la mayoría de los países del Caribe, Centro y Sudamérica. Se destaca el pensamiento elaborado por la teología de la liberación, movimiento religioso unificado de raíces progresistas en torno al análisis de la condición social, estructuralmente injusta, de los pobres, que propuso como principio general la instauración de la justicia social, aquí y ahora, y no en un más allá celeste, relegado a la eternidad. La justicia también se asocia a los reclamos de las víctimas de la represión perpetrada por gobiernos militares en muchos países latinoamericanos. En el rubro educacional, sobre una plataforma ideológica común a la filosofía de la liberación, merecen destacarse los conceptos elaborados por Paulo Freire acerca de la pedagogía de los oprimidos y su lucha por combatir las múltiples formas de discriminación y exclusión social. La lucha por el establecimiento de una sociedad más justa en el sector latinoamericano del Tercer Mundo se ha manifestado en los movimientos antiglobalización –cuya irrupción tuvo lugar en Seattle, Estados Unidos, pero sus reclamos por una más justa distribución de cargas y beneficios prosiguieron en casi todos los países latinoamericanos–, especialmente en el Foro Mundial Social, desarrollado en Porto Alegre, Brasil. América Latina ha sido una de las regiones más golpeadas del planeta por las políticas neoliberales, y como tal sus sociedades alzaron su voz contra las políticas injustas perpetradas por gobiernos carentes de sensibilidad social. Uno de los mayores desafíos del mundo contemporáneo radica en qué idea de justicia han de aceptar sociedades marcadamente pluralistas como las actuales.

Referencias

Tom Campbell. *La justicia. Los principales debates contemporáneos,* Barcelona, Gedisa, 2002. - Roberto Gargarella. *Las teorías de la justicia después de Rawls,* Barcelona, Paidós, 1999. - Jürgen Habermas. *Facticidad y validez,* Madrid, Trotta, 1998. - Hans Kelsen. *Teoría pura del Derecho,* Buenos Aires, Eudeba, 1960. - Catharine Mackinnon. *Feminism Unmodified,* Cambridge, Harvard University Press, 1987. - John Rawls. *A Theory of Justice*, Cambridge, Harvard University Press, 1971.

Igualdad y diferencia

Patricia Digilio (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Perspectivas. Los conceptos de igualdad y diferencia pueden ser comprendidos como opuestos o complementarios. Según se adopte una u otra de estas perspectivas, la relación que se establezca entre igualdad y diferencia será significativamente distinta. *La idea de igualdad* puede ser entendida, por un lado, como la condición natural que se expresa en la pertenencia a la condición humana. Por el otro, como ese artificio llamado igualdad política que se corresponde con el proceso de construcción de la ciudadanía, ya que este representaría la realización política de la idea de igualdad universal. Pero esta idea de igualdad se enfrenta con dos modos distintos en los que la diferencia se expresa: la básica heterogeneidad que existe entre los seres humanos; la multiplicidad de variables desde las cuales se puede juzgar la igualdad. La primera alude al hecho de que los seres humanos son sustancialmente diferentes no sólo respecto de sus características externas, sino también en sus características personales. La segunda cuestión se vincula con los distintos enfoques desde los cuales la igualdad puede ser pensada y evaluada comparativamente. Ahora bien, si el pensamiento político moderno afirmó el igual valor moral de todas las personas, y esa igualdad moral se resolvió políticamente en el ideal de ciudadanía universal entendido como ciudadanía para todas las personas y para cada persona, esa idea de universalidad supone también que el estatus de ciudadano o ciudadana debe trascender la particularidad y la diferencia. Esto significa que cualesquiera que sean las diferencias entre los ciudadanos y las ciudadanas, en términos de género,

posición económica, poder, etc., el ser ciudadano o ciudadana confiere a todas las personas idéntica categoría de pares en la esfera de la vida pública. Este ideal de ciudadanía universal conlleva otros dos sentidos adicionales: a) la universalidad definida como general en oposición a particular, es decir, definida a partir de lo que los ciudadanos y las ciudadanas tienen en común; b) la universalidad comprendida en el sentido de leyes y reglas que enuncian lo mismo para todas las personas y que se aplican a todas de idéntica forma: leyes y reglas ciegas a las diferencias individuales o grupales. Estos sentidos implícitos en el ideal de ciudadanía universal y la idea de igualdad que subyace a esta concepción han sido considerados y puestos en cuestión por representantes de la teoría política feminista, como Iris Marion Young, quien advierte que estos tres significados presentes en la idea de universalidad de la ciudadanía, lejos de implicarse y complementarse, se encuentran en tensión y hasta en contradicción en la práctica política, y que la interpretación específica de la idea de igualdad que aquí se sostiene se resuelve como identidad. Pero ocurre que no es lo mismo la igualdad que la identidad. En efecto, puede afirmarse que 2 + 6 es *igual* a 8, pero no que 2 + 6 es *idéntico* a 8. Así, 2 + 6 sólo puede ser idéntico a 2 + 6, como 8 sólo puede ser idéntico a 8, e igual a 5 + 3, por ejemplo. Si a todo lo que no es idéntico se lo llama diferente es posible decir que los iguales, como 6 + 2 y 8 no son idénticos, sino diferentes. De lo cual puede inferirse que la diferencia admite como una de sus formas la igualdad, no así la identidad, y que si entre dos entes no se encuentra diferencia alguna, no se tratará de dos entes, sino de uno solo. Esto último es enunciado por Leibniz como "principio de la identidad de los indiscernibles". Si lo idéntico sólo puede ser idéntico respecto a sí mismo y si a todo lo que no es idéntico se lo llama diferente, los iguales, por no ser idénticos, son diferentes. De modo que la igualdad exige como condición la diferencia, ya que es una de las formas en las que la diferencia se expresa. Por tanto, si la igualdad sólo es posible en la diferencia, muy mal se resuelve el postulado ético-político de la igualdad entre los seres humanos cuando la igualdad se reduce a identidad.

Concepción universalista de ciudadanía, interés público y diferencia. Esta interpretación específica de la idea de igualdad como identidad presente en la noción de ciudadanía universal resulta tributaria de la noción de *individuo* como unidad social y moral abstracta. Pero esta noción, con la que el pensamiento político moderno intentaría trascender y reducir las diferencias específicas entre las personas en beneficio de una idea de igualdad que haría posible otorgar a todos los ciudadanos y las ciudadanas los mismos derechos legales y políticos (al menos formalmente), presenta un problema: le resta pertinencia a la relación entre diferencia y desigualdad al presuponer que todos somos básicamente iguales y lo mismo. Constituida con base en una dicotomía en la que la esfera de la racionalidad y la libertad humanas se opone a la esfera de las necesidades, deseos e intereses particulares y lo público se identifica con lo universal y la particularidad con lo privado, esta concepción universalista de la ciudadanía permite la postulación de un bien común, de una voluntad general, de una vida pública compartida que se acompaña de la exigencia de que al ejercer su ciudadanía todos los ciudadanos y las ciudadanas deben asumir un mismo e imparcial punto de vista que trascienda intereses, condiciones y experiencias particulares. Justamente esta idea de público como universal y la correspondiente identificación de la particularidad con lo privado permite que cierto grado de homogeneidad entre ciudadanos y ciudadanas se constituya en un requisito para la participación pública. De modo que si la humanidad es diversa, no uniforme, y lo esencial del individuo es su singularidad, el universalismo abstracto se propone superar estas diferencias estructurales sustituyendo a los seres humanos diferenciados por un concepto de hombre universal no diferenciado que se resuelve en el postulado de una identidad común, como condición básica de igualdad. Pero cuando la diversidad se resuelve en una identidad común, esa construcción de la identidad común se realiza necesariamente con base en procesos de "re-conocimiento y de "des-conocimiento". Esto significa que ante la diversidad hay diferencias que son reconocidas y ponderadas, mientras que otras no lo son. De este modo la exigencia de homogeneidad conduce a un ideal de igualdad cuyas consecuencias prácticas en el orden social y político resultan desfavorables para los grupos más desaventajados de la sociedad, aunque favorables para quienes retienen las mejores posiciones puesto que aquellos grupos "menos aptos" para la homogeneidad quedarán en condiciones de desventaja aun cuando, formalmente, dispongan del mismo estatus de ciudadanía. En el mismo sentido esta exigencia de identidad homogénea ha dado lugar a formas de exclusión y a políticas de asimilación, cuando no al exterminio o la deshumanización de aquellos considerados "diferentes". De manera que cuando la igualdad se resuelve en identidad –se emplea aquí el término 'identidad' en el sentido de *calidad de idéntico*–, puede contribuir más a perpetuar, naturalizar y reproducir relaciones de opresión y dominación que a transformarlas y no obstaculiza la continuación de la desigualdad de clase y su reproducción en la medida que los espacios de poder en las instituciones de gobierno, tanto en la

vía administrativa como en la ejecutiva, son retenidos por las clases y los grupos mejor posicionados, quienes en nombre del "interés público" conducen los asuntos públicos según sus propios intereses, al mismo tiempo que hacen hegemónica su propia y particular cultura al atribuirle valor paradigmático y universal. *Este proceso de elaboración conceptual por el cual la idea igualdad se identifica con la de identida*d en el sentido de homogeneidad se inscribe en esa tradición filosófica que busca reducir lo múltiple a lo uno, lo Otro a lo Mismo. Pero ¿por qué esa hegemonía de lo Mismo sobre lo Otro que legitima y pone en funcionamiento los mecanismos de neutralización, negación y exclusión de la diferencia?

La diferencia como discurso de dominación. Michel Foucault describió la historia del saber como una historia de lo Mismo, de la identidad, del orden, que al impulso de lo que llama voluntad de verdad (que oculta una voluntad de poder) pone en marcha una serie de mecanismos y procedimientos de exclusión y separación. La tesis de Foucault, presente en *El orden del discurso,* es que en toda sociedad el discurso es seleccionado, organizado, regulado a fin de controlar la emergencia de lo Otro. De esa tensión existente entre lo Mismo y lo Otro surge la reducción de lo disperso y diferente a lo Mismo y nacen las formas de exclusión, reclusión e integración de lo Otro, de aquello que cada cultura identifica como interior y extraño a sí misma. La forma que adopta esa regulación se hace efectiva en el régimen y en las estrategias de las prácticas discursivas autorizadas y legitimadas institucionalmente. Estos mecanismos de constitución del saber dan sentido y significación a acciones reales de separación, control y exclusión social. Así, lo diferente es definido en cada época por el grupo hegemónico que detenta el saber-poder que le permite separar aquello que considera como tal para constituirlo como zona heterodesignada. Gran parte del esfuerzo y el trabajo intelectual de Foucault se concentra en comprender, hacer visibles, los procedimientos técnico-políticos que ponen en funcionamiento los mecanismos de neutralización, negación y exclusión de la diferencia y que permiten asegurar el funcionamiento de las relaciones de dominación.

La diferencia como el ser de lo sensible. En contraposición a esta ontología y a esta interpretación de la diferencia, Gilles Deleuze señala el trabajo por hacer: romper el cerco que impone la reducción a lo Uno y lo Mismo. En contraposición a una filosofía que busca establecer un orden jerárquico de las cosas en función de ese principio que es la *arché,* Deleuze organiza la distribución del ser en forma nómada. Contra esa visión, a la que llama filosofía de la representación, caracterizada por las nociones de identidad, analogía, oposición y semejanza, propone una filosofía fundamentalmente crítica, creadora de conceptos. *La diferencia de la que habla Deleuze* es pensada en sí misma y no representada, no mediatizada. No es interpretada como negación ni como diversidad, puesto que lo diverso está ya dado y la diferencia es aquello mediante lo cual lo dado es dado como diverso. De esta manera, la diferencia no depende del concepto de identidad, ni tampoco es una especificidad dentro de lo genérico, sino el ser mismo de lo sensible comprendido como múltiple. Al no estar subordinada a la idea de identidad, la diferencia ya no es pensada como negatividad, puesto que hay diferencia en el ser y, sin embargo, nada negativo. La idea de identidad sería producto de una ilusión producida por la diferencia originaria. Lo que hay es, entonces, diferencia y repetición.

Revisión de la relación entre igualdad y diferencia. Esta interpretación de la idea de diferencia conduce a una revisión de la relación entre diferencia e igualdad que no puede omitir interrogarse sobre cuál es el lugar de la diferencia en la idea de igualdad, al mismo tiempo que habilita una vía para pensar en una idea de igualdad que en lugar de clausurar la diferencia sea capaz de incorporarla. Pero esta posibilidad debe acompañarse de la comprensión de que el derecho a la diferencia no puede eludir ni obturar el conflicto, puesto que justamente la negación del conflicto posibilita la negación de la diferencia y toda forma de totalitarismo. Una negación que encuentra sus medios de resolución en formas violentas como la exclusión, la desaparición y la muerte, así como en otras menos evidentes, como la neutralidad, la asimilación, la globalización. Es preciso saber y admitir que convivir en la diversidad es conflictivo y que el conflicto significa debate, discusión, confrontación, posibilidad de estar de acuerdo o en desacuerdo. Pero también que esto no supone, no exige, ni tiene como consecuencia la destrucción o la negación del Otro. *Se trata de elaborar una reconceptualización de la idea de igualdad* que parta no de la exigencia de una identidad común, entendida como homogeneidad, sino del reconocimiento y la valoración de las diferencias. Una idea de igualdad capaz de contener la diversidad, lo particular, lo múltiple, lo heterogéneo, es decir, lo que ha quedado excluido en el concepto abstracto de hombre-individuo. En sociedades profundamente desiguales, atravesadas por la iniquidad, y caracterizadas por relaciones sociales y políticas de exclusión, segregación y opresión, esta reconceptualización se constituye en una condición para que la idea de igualdad, en su doble dimensión moral y política, actualice su valor y su sentido como ideal regulativo de la práctica política, al mismo tiempo que su potencialidad emancipadora.

Referencias

Gilles Deleuze. *Diferencia y repetición*, Buenos Aires, Amorrortu, 2002. - Michel Foucault. *El orden del discurso*, Barcelona, Editorial Tusquets, 1975. - Iris Marion Young. "Vida política y diferencia de grupo: una crítica del ideal de ciudadanía universal", en C. Castells (comp.), *Perspectivas feministas en teoría política,* Buenos Aires, Paidós, 1996. I. M. Young. *Justice and the Politics of Difference,* Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1990. - I. M. Young. *Inclusion and Democracy*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

Derecho y moral

Rodolfo Vázquez (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

Como sostiene Francisco Laporta, "*el problema de las relaciones entre moral y derecho no es un tema de la filosofía jurídica, sino que es el lugar donde la filosofía del derecho está*" (Laporta, 1993). Mucha tinta ha corrido en torno a esta temática y, como bien señala Garzón Valdés, "*difícilmente se encontrará algún filósofo del derecho que no haya dedicado alguna parte de su obra a intentar dilucidar sus posibles relaciones*" (Garzón Valdés, 1998). Dos son las posibilidades básicas concebibles respecto a la relación entre derecho y moral: la tesis de la separación y la tesis de la vinculación.

Antecedentes. Durante las cuatro primeras décadas del siglo XX se impuso la tendencia de no a la vinculación, sino a la separación entre la ética y las ciencias humanas y sociales. Esta tendencia puede percibirse claramente en tres ejemplos significativos: el de Lionel Robbins en economía, con el libro *Ensayo sobre la naturaleza y significado de la ciencia económica,* de 1935; el de Hans Kelsen en derecho, con la *Teoría pura del derecho,* de 1934; y el de Julius Ayer en filosofía, con *Lenguaje, verdad y lógica,* de 1936 (Garzón Valdés, inédito), sin olvidar por supuesto los trabajos que de tiempo atrás venía realizando Max Weber en el ámbito político y social. Todos estos autores asumían con más o menos diferencias la postura que en ética se conoce como no cognoscitivista. Para Robbins, los juicios de valor de naturaleza ética debían ser desterrados del campo de la economía. Si se quiere hablar de una economía normativa, lo único que podía aceptarse era la formulación de reglas para el uso de recursos escasos, dentro del marco de un mercado libre, con miras a la obtención de fines dados de antemano. La justificación de estos fines superaría los límites de la razón. En *Teoría pura del derecho*, Kelsen abogaba por una separación radical entre moral y derecho. Esta separación aseguraría la "pureza" del derecho. A diferencia de la moral, cuyo sistema normativo es estático, el del derecho es dinámico, es decir, para la creación de sus normas requiere actos volitivos dirigidos a la persecución de sus fines que, al igual que en Robbins, escapan a todo intento de justificación universalmente válida. Según Kelsen, si el positivismo jurídico quiere ser congruente, debe descansar en un relativismo axiológico. Para Ayer, los juicios éticos se reducían a expresiones de estado de ánimo de aprobación o de rechazo. En la filosofía del derecho, Alf Ross, digno representante del realismo jurídico escandinavo, recogería esta versión emotivista de la ética en el libro *Sobre el derecho y la justicia*, de 1958, en el que sostendría que decir que algo es justo era equivalente a dar un puñetazo sobre una mesa como señal de aprobación. Hasta la década de los cincuenta, inclusive, la posición no cognoscitivista de Kelsen fue la predominante en el pensamiento jusfilosófico (Nakhnikian, 1991).

El renacimiento del iusnaturalismo. La Segunda Guerra Mundial provocó una enorme conmoción que se extendió desde la total desconfianza en la razón hasta el intento de buscar nuevas vías teóricas para superar el escepticismo ético. Una de estas vías surgió de un renacimiento vigoroso del iusnaturalismo, que desde 1945 se prolongó con fecundidad hasta principios de los años de 1970. A decir verdad, al pasar revista de los pensadores que reúne y analiza Recaséns Siches en el libro *Pensamiento jurídico en el siglo XX* –Brunner, Messner, Verdross, Maihofer, Welzel, Maritatin, Leclerq, Villey, Bodenheimer, Fuller, Legaz y Lacambra, Preciado Hernández, por citar sólo algunos (Recaséns Siches, 1963)–, uno no podría más que compartir el entusiasmo de un filósofo que como el propio Recaséns ve un futuro promisorio para la doctrina del derecho natural. La realidad, sin embargo, lo desmintió (Vernengo, 1984). En no pocos casos el iusnaturalismo ha terminado mostrando un carácter ideológico muy cercano a posiciones ético-religiosas que, en general, resultaron difícilmente coherentes con los postulados de doctrinas democrático-liberales y, en otros, ha comulgado con lo que algunos autores han llamado iusnaturalismo ontológico, cuyos representantes no terminaron de superar ciertos problemas lógicos, como la llamada "falacia naturalista", o, problemas epistemológicos, como la creencia en el carácter absoluto e inmutable de la verdad y de los principios morales. Una versión menos rígida del iusnaturalismo, lo que podría denominarse "iusnaturalismo deontológico", que sin duda resulta más atractiva que el iusnaturalismo absolutista y confesional, la presenta John Finnis a partir de una reinterpretación del pensamiento de Tomás de Aquino (Finnis, 1980). En un esfuerzo de síntesis se podría decir que los partidarios del iusnaturalismo ontológico aceptarían, con más o menos énfasis, las siguientes premisas: a) existe un nexo necesario entre moral y derecho. La validez

del derecho se fundamenta en la moral. b) Una ley, para ser válida, debe ser justa. c) El derecho natural se deduce de la naturaleza humana. d) Existe uno y sólo un principio de ley natural que desde el punto de vista formal se formularía: *"Se debe procurar el bien y evitar el mal"; y desde el punto de vista material: "para todo x, x es moralmente recto si es un acto conforme a la naturaleza humana".* e) El último fundamento de validez de la ley natural es la ley eterna.

El iusnaturalismo deontológico. El iusnaturalismo deontológico partiría de los siguientes enunciados: a) existe un nexo necesario entre moral y derecho. La validez del derecho se fundamenta en la moral (premisa compartida con el iusnaturalismo ontológico y que para muchos constituye el sello distintivo del iusnaturalismo). b) No se sigue necesariamente que una ley para ser válida deba ser justa. Un derecho injusto sigue siendo válido, aunque sea una "corrupción de ley". c) El derecho no se deduce de la naturaleza humana. El deber ser no puede inferirse del ser, a menos de incurrir en la falacia naturalista. La ley natural es el conjunto de principios prácticos autoevidentes que prescriben lo que debe ser. d) Existe una pluralidad de principios prácticos de acuerdo con la pluralidad de inclinaciones naturales de los individuos. Estas inclinaciones naturales, por ser bienes básicos, son inconmensurables y, por tanto, no susceptibles de jerarquización. e) Los principios prácticos normativos, por ser principios autoevidentes, no requieren fundamentación ulterior en la ley eterna. De acuerdo con Finnis, ser iusnaturalista desde el punto de vista deontológico, por lo pronto no compromete con respecto a la crítica tantas veces escuchada de que se incurre en la falacia naturalista. No hay que llegar hasta Hume y Kant para distinguir con claridad entre el mundo del ser y el mundo del deber ser. En la *Summa Theologiae,* I-II, q. 94, a.2, Tomás de Aquino distingue claramente entre los dos órdenes: uno es el mundo descriptivo y otro el prescriptivo. Los principios de ley natural son principios *per se nota*, es decir, principios conocidos por sí mismos y no a partir de otra cosa, por ejemplo, de la naturaleza humana. Además, a la pregunta que se formula Tomás de Aquino en dicha cuestión, a saber, si los preceptos de ley natural son muchos o solo uno, responde sin titubear que son muchos. El aquinate, de acuerdo con Finnis, no se compromete con un monismo sino con un pluralismo de principios, lo que posibilita la coexistencia de diversos planes de vida en una sociedad, todos igualmente buenos y dignos de respeto. Asimismo, puede darse otro paso adelante y sostener que como los principios normativos de la ley natural son principios *per se nota,* no requieren justificación ulterior. Por tanto, no se necesita postular una ley eterna que los justifique o, lo que es lo mismo, no se necesitaría ser creyente para aceptar tales principios. Se trataría entonces de una ley natural secularizada que justificaría una respuesta iusnaturalista con pretensiones de universalidad.

La superación crítica de los paradigmas tradicionales. En los años de posguerra, no mejor suerte que el iusnaturalismo corrió el positivismo jurídico. En su vertiente ideológica ha pretendido justificar la obediencia incondicional al derecho a partir de la validez de las normas, favoreciendo, al igual que el iusnaturalismo extremo, posiciones abiertamente antidemocráticas. Su vocación aséptica con respecto a la moral lo condujo a un callejón sin salida para una posible justificación integral del derecho. Asimismo, desde el punto de vista teórico, el positivismo jurídico fue objeto de innumerables críticas –especialmente por los defensores del realismo jurídico– por su cercanía con una concepción estatista del derecho en un momento en que se cuestionaba, precisamente, el concepto cerrado de soberanía estatal. Desde finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, con la obra de Norberto Bobbio y de Herbert Hart, y en México con Eduardo García Máynez, se comenzó a tomar conciencia de la necesidad de superar críticamente los paradigmas tradicionales, suavizándolos o simplemente buscando nuevas alternativas. La polémica "dura" entre iusnaturalistas y iuspositivistas comenzó a diluirse para dar lugar a puntos de vista no sólo más ajustados a la realidad, sino más fecundos en sus propuestas teóricas. A partir de Bobbio resulta obligado hacer una clara distinción entre diferentes enfoques desde los cuales se puede analizar el positivismo o el iusnaturalismo: como "método" de estudio del derecho, donde el problema tiene que ver con la validez de las normas; como "teoría", donde lo que se pone en juego es la verdad o falsedad de las distintas propuestas teóricas; y como "ideología", que tiene que ver con la evaluación axiológica de las normas o de los sistemas normativos. Entre el método, la teoría y la ideología no existe un nexo lógico o necesario. Herbert Hart, entre otros propósitos, intentó en su libro *El concepto de derecho,* de 1961: primero, refutar la teoría de Austin y, en parte, la de Kelsen; segundo, tratar de explicar la normatividad del derecho manteniendo la tesis de la separación entre moral y derecho. Más allá del éxito alcanzado por Hart en su doble propósito, lo cierto es que la rigidez en la confrontación entre jusnaturalistas y positivistas se suavizó apelando a la distinción entre "punto de vista interno" y "punto de vista externo" respecto a las normas, y también con su propuesta de un "contenido mínimo de derecho natural" inspirada en el empirismo de Hume.

Enfoques teóricos contemporáneos sobre vinculación y separación entre derecho y moral. En 1971, John Rawls publicó *Una teoría de la justicia,* el intento más serio, junto con el de Jürgen Habermas, de ofrecer una fundamentación racional de las normas morales. La obra de Rawls no sólo ha tenido una influencia directa en la reformulación de la relación entre derecho y moral, sino que también ha estimulado el interés de muchos filósofos del derecho por la filosofía política. En efecto, uno de los conceptos básicos de la filosofía política es el de 'autoridad normativa' y su vinculación lógica con la pretensión de obediencia. Esta pretensión implicaría una presunción de corrección o de legitimidad de quien ordena con respecto a lo ordenado. Si esto es así, se puede decir que esa pretensión de corrección tiene una connotación moral y sostener, además, la tesis de que existe una conexión débil, no fuerte, pero necesaria, entre derecho, política y moral. Esta ha sido la posición sostenida, entre otros filósofos, por Robert Alexy, Neil MacCormick y Ernesto Garzón Valdés. Esta tesis apunta, por supuesto, al rechazo de la tesis clásica de la separación entre derecho y moral, que entre los contemporáneos, en su versión fuerte, es sostenida por autores como Eugenio Bulygin y Ulises Schmill, y en una versión más débil por filósofos como Norbert Hoerster. Detengámonos un poco más en algunas de estas posiciones teóricas. Con respecto a la tesis de la vinculación, para Robert Alexy existe una relación conceptual necesaria entre derecho y moral, y la aceptación de este vínculo "*supone que el positivismo jurídico falla como teoría general*". Desde la perspectiva de un marco conceptual, caracterizado por los conceptos de procedimiento, de participante y de ideal, Alexy trata de mostrar "*que en los procesos de creación y aplicación del derecho los participantes tienen, necesariamente, una pretensión de corrección, la cual incluye una pretensión de corrección moral*". El conocido *argumento de la corrección* de Alexy se presenta como un argumento "débil" –frente a la versión "fuerte" de lo que denomina *argumento de la injusticia*– y se expresa a partir de dos teorías: la de la pretensión y la del discurso. La pretensión de corrección dentro del marco de la teoría del discurso, concluye Alexy, "*deja claro que el derecho tiene una dimensión ideal conceptualmente necesaria que conecta al derecho con una moral procedimental universalista*" (Alexy, 1998). La propuesta de MacCormick gira en torno a la cuestión relativa de si "*han de utilizarse las leyes para la consecución de valores morales*". Para el autor, la concepción socialdemócrata de la justicia debe ser compatible con un *buen* sistema jurídico. Después de una revisión minuciosa de los argumentos a favor y en contra de la ausencia de fundamento moral, MacCormick concluye con una propuesta moderada: la fundamentación moral limitada. Esta sostiene que la regulación y ordenación de cualquier comunidad debe comprender los llamados "deberes de justicia", deberes morales que constituyen sólo una parte de la moralidad general, pero son suficientes para sostener la tesis de que el derecho, "*al regular sistemáticamente la exacción y vindicación de tales deberes, tiene una función decididamente moral*" (MacCormick, 1998). Ernesto Garzón Valdés defiende la tesis de la vinculación a partir de la equivalencia de lo que H. L. A. Hart ha llamado "*el punto de vista interno*" con "*el punto de vista moral*". Puesto que las razones para obedecer el derecho sólo pueden ser prudenciales o morales, y "el punto de vista externo", al que también se refiere Hart, hace alusión a las razones prudenciales, entonces el punto de vista interno sólo podría implicar una adhesión a las normas jurídicas por razones morales. Esto sería lo mismo que decir que todo enunciado de existencia de un sistema jurídico positivo presupondría la existencia de un punto de vista moral. Esta tesis la complementa Garzón con el argumento de la "*relevancia esencial de la pretensión normativa del derecho*", que se aparta ligeramente de la teoría de la pretensión de corrección de Alexy, para referirla ahora a la "*pretensión de legitimidad*" de las autoridades de un sistema jurídico (Garzón Valdés, 1998). En relación con la tesis de la separación, para Eugenio Bulygin el hecho de que las autoridades y los funcionarios adopten lo que Hart ha llamado el punto de vista interno, "*no significa necesariamente que consideren que todas las normas jurídicas sean moralmente obligatorias*", ni que su aceptación interna forme parte de la definición de "norma jurídica": la vigencia es una propiedad contingente de las normas jurídicas. Es claro que si la tesis de la vinculación se refiere a la que existe entre el derecho vigente y la moral positiva, la misma es verdadera pero trivial. Si lo que se quiere expresar es la vinculación existente entre el derecho y la moral ideal, deja de ser trivial, pero difícilmente se podrá aceptar "*por la muy prosaica razón de que las normas son prescriptivas y no descriptivas y, por tanto, carecen de valores de verdad. Se sigue a fortiori que no hay normas morales verdaderas*" (Bulygin, 1998).

Debates recientes. Ulises Schmill propone la reconstrucción del concepto de derecho y de los órdenes morales a partir de un modelo pragmatista o conductista del mandato y de algunas consideraciones sobre la posible relación entre el derecho y la moral. El acercamiento empirista asumido en el primero de los propósitos prefigura la posición del autor con respecto a la relación entre los dos órdenes normativos: entre estos solo es posible una relación externa, es decir, "*conexiones de carácter causal con la conducta que crea o aplica las*

normas del orden". De esta manera, aceptar una relación externa entre el derecho y la moral no implica ni la subordinación de uno al otro ni la coordinación de ambos bajo un orden normativo superior (relaciones internas), sino lo que el autor denomina un "*condicionamiento no normativo*". Este condicionamiento externo o causal no desmerece el valor de la moral (positiva) para el derecho porque, entre otras cosas, en la medida en que "*fuera posible constatar la existencia de una moralidad más o menos uniforme en una sociedad determinada, entonces sería posible fijar el marco de interpretaciones al que se reduce la 'textura abierta' de la norma a ejecutar*". En otros términos, contribuiría a disminuir la incertidumbre en el derecho (Schmill, 1998). Finalmente, Norbert Hoerster se pregunta si en verdad existen principios de un comportamiento social justo racionalmente (objetivamente) fundamentables; o bien, si existe, al menos en sus rasgos esenciales, un derecho "justo" anterior al derecho positivo. Para Hoerster las éticas objetivistas "*no están en condiciones de resistir un análisis crítico*", entre otras razones, por "*la falta de un método universalmente aceptado*" para un conocimiento científico-racional del mundo y porque una norma puede estar fundada o infundada siempre por referencia a los deseos o intereses del sujeto que sostiene la norma. Esto no impide esbozar una ética jurídica intersubjetivamente fundamentable siempre que se acepte la limitante de que tal fundamentación sólo abarca "*a aquellas personas que tienen el correspondiente objetivo y nada más*", es decir, "*en determinadas condiciones histórico-sociales" (*Hoerster, 1998). El debate sobre la relación entre derecho y moral se ha reavivado en los últimos años a partir de la publicación del *postscriptum* de Herbert Hart a *El concepto de derecho.* En el seno de la familia positivista se han confrontado los defensores del positivismo fuerte y los defensores del positivismo incluyente, incorporacionista o, simplemente, corregido. El propio Hart reconoce su posición en términos de "positivismo suave" (Hart, 2000). La literatura sobre esta polémica es ya abundante, y me limitaré a remitir al lector a alguna bibliografía reciente (Escudero Alday, 2004).

Referencias

Rodolfo Vázquez (comp.), *Derecho y moral. Ensayos sobre un debate contemporáneo,* Barcelona, Gedisa, 1998; incluye Ernesto Garzón Valdés, "Derecho y moral", pp. 19-55; Robert Alexy, "Sobre las relaciones necesarias entre el derecho y la moral", pp. 115 y ss.; Neil MacCormick, "En contra de la ausencia de fundamento moral", pp. 160 y ss.; Ernesto Garzón Valdés, "Algo más sobre la relación entre derecho y moral", pp. 138 y ss.; Eugenio Bulygin, "¿Hay vinculación necesaria entre derecho y moral?", pp. 214 y ss.; Ulises Schmill, "Derecho y moral: una relación externa", pp. 265 y ss.; Norbert Hoerster, "Ética jurídica sin metafísica", pp. 224 y ss. - Ernesto Garzón Valdés. "La filosofía del derecho a fines del siglo XX" (inédito). - Francisco Laporta. *Entre el derecho y la moral,* México, Fontamara, 1993. - George Nakhnikian. *El derecho y las teorías éticas contemporáneas* [1957], México, Fontamara, 1991. - Luis Recaséns Siches. *Pensamiento jurídico en el siglo XX,* México, Porrúa, 1963. - Roberto Vernengo. "Roberto J. Vernengo (Buenos Aires)", Alicante, *Doxa,* 1984, pp. 253-255. - John Finnis. *Natural Law and Natural Rights,* Oxford, Clarendon Press, 1980. - H. L. Hart. "Post scriptum *al concepto de derecho* (trad. Rolando Tamayo y Salmorán), UNAM, México, 2000. - Andrei Marmor. "Exclusive Legal Positivism", Kenneth Einar Himma, "Inclusive Legal Positivism", en Jules Coleman y Scott Shapiro, *The Oxford Handbook of Jurisprudence and Philosophy of Law,* Oxford University Press, 2002. - Rafael Escudero Alday. *Los calificativos del positivismo jurídico. El debate sobre la incorporación de la moral,* Madrid, Civitas, 2004.

Sistemas normativos indígenas

María Victoria Chenaut González (México) - *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*

Definición conceptual y situación en América Latina. Los sistemas normativos indígenas se encuentran constituidos por una serie de normas de cohesión y control social de carácter oral que prescriben determinadas conductas y expresan obligaciones y derechos. Estas normas se crean y aplican en el interior del grupo, por lo general sus miembros las aceptan y obedecen, y existen autoridades y procedimientos para vigilar y garantizar su cumplimiento, así como un sistema de sanciones y formas de coacción. Teniendo en cuenta estas características, algunos autores consideran que los sistemas normativos indígenas pueden ser también denominados sistemas jurídicos. Los sistemas normativos constituyen parte medular del derecho indígena, que se caracteriza además por tener autoridades que se consideran legítimas y una serie de procedimientos para la resolución de conflictos. En América Latina el derecho indígena se ha gestado desde la colonia en vinculación con el derecho del Estado, insertándose en dinámicas históricas, sociales y de poder. Por tanto, no es un todo cerrado, autocontenido o autónomo, y las costumbres que lo fundamentan no son inmutables, sino que son construcciones sociales producto de procesos históricos. Sus características dependen de las especificidades e historias particulares, del contexto social y cultural en que se desenvuelve, así como de la vitalidad étnica de las comunidades y pueblos indígenas. Es necesario destacar el carácter oral de los sistemas normativos indígenas, compuestos por normas que se caracterizan por su dinamismo y flexibilidad, que regulan la vida comunitaria así como las relaciones personales y familiares de los habitantes. Pero

si los miembros del grupo así lo deciden, pueden escribir su propio reglamento interno, como ha ocurrido entre zapotecos de Oaxaca. En el caso del derecho mixe de Oaxaca (México), hay normas que especifican las obligaciones que existen para ser considerado miembro de la comunidad o comunero. Ellas establecen el cumplir con los cargos públicos rotativos que existen en el ámbito civil y religioso de las comunidades (conocido como sistema de cargos); colaborar con los trabajos gratuitos que requiere la comunidad, como reparar caminos, y otorgar cooperaciones económicas cuando sean solicitadas; asistir a las asambleas respetando sus decisiones y las que emanan de las autoridades. El cumplimiento de estas obligaciones otorga una serie de derechos como el recibir tierra de cultivo, disfrutar de los servicios con que cuenta la comunidad, asistir con voz y voto a las asambleas, y ocupar un cargo civil o religioso en la comunidad (Regino, 1996).

Interlegalidad de los sistemas. Es necesario destacar que los sistemas normativos indígenas son muchas veces cuestionados y confrontados por los miembros de las comunidades, debido a cuestiones de faccionalismo político, disidencia religiosa o crisis de consenso. Por ejemplo, en algunas comunidades indígenas de México existen integrantes que no quieren cooperar con dinero para las celebraciones católicas alegando que pertenecen a otra religión. De esta manera, parece que los sistemas normativos indígenas tienen que responder a los desafíos políticos, económicos y sociales de los contextos en los que se desenvuelven. En el caso de las normas que regulan la vida familiar y las dinámicas domésticas, cabe mencionar que en los pueblos indígenas de México se hereda la tierra en forma preferente a los hijos varones. En la actualidad, las mujeres indígenas que pertenecen a organizaciones indígenas reclaman el derecho a la herencia de la tierra, y de esta manera cuestionan las jerarquías de género que se manifiestan en los sistemas normativos indígenas, y algunas de sus costumbres y tradiciones (como el matrimonio forzado a edad temprana y el que las mujeres no ocupen cargos en la comunidad), por considerar que afectan sus derechos humanos y de género. Existe coincidencia entre los autores en que el derecho indígena y el derecho estatal funcionan de acuerdo a lógicas, concepciones del mundo y valores culturales que los diferencian. Siendo hegemónico el derecho del Estado, se presentan diversos modos de imbricación, articulación, negociación y conflicto entre ambos, dando como resultado procesos en los que los diferentes sistemas jurídicos se moldean e influyen mutuamente. Esto remite a situaciones de interlegalidad, concepto que expresa que los sistemas jurídicos no son entidades separadas que coexisten en el mismo espacio político, sino que forman un entramado de legalidades que interactúan, y que los actores sociales pueden hacer uso indistinto de los variados referentes normativos, dependiendo de los contextos e intereses en juego.

Sistemas indígenas y sistema estatal. Recientes investigaciones en el campo de la antropología jurídica en México han mostrado el uso de la legalidad estatal por los indígenas, quienes toman decisiones respecto a si el conflicto se resolverá en la comunidad o si será presentado a instancias superiores (juez municipal, jueces de primera instancia) (Sierra, 2004). Mientras en el derecho del Estado la impartición de justicia busca castigar al culpable, el derecho indígena propicia el arreglo entre las partes de acuerdo con lógicas diferentes a las del derecho estatal. Entre los zapotecos de Oaxaca (México), donde investigó Laura Nader entre los años 1957 y 1968, el derecho indígena constituye una expresión de resistencia a la hegemonía estatal, y se manifiesta en el concepto de "ideología armónica", que pone el énfasis en obtener la conciliación entre los litigantes, otorgando valor al consenso y al comportamiento armonioso. De esta manera, se busca reinstalar el balance entre las partes en disputa, lo que significa que se vuelva a establecer el equilibrio de las relaciones sociales que se había visto alterado por el conflicto. Entre los tzotziles de Chiapas (México), donde realizó investigación Jane Collier en la década de 1960, los procedimientos legales están centrados en llegar a un acuerdo entre las partes, buscando la reconciliación, por lo que las decisiones legales son acuerdos y compromisos entre los involucrados en un caso. El objetivo de las conciliaciones reside en calmar el corazón de la persona ofendida para que no implore venganza a los dioses, y no caiga la desgracia sobre la familia del ofensor, para lo cual este debe pedir perdón al ofendido. A pesar de los cambios políticos, económicos y sociales que tuvieron lugar en los Altos de Chiapas en las últimas décadas, cuando Collier regresó a la región, a fines de los años de 1990, constató que los jueces indígenas continuaban resolviendo los conflictos de acuerdo con los principios generales del derecho zinacanteco, cuyas normas también implican relaciones de poder y jerarquía. En algunos pueblos indígenas la impartición de justicia es realizada por las autoridades indígenas tradicionales, elegidas de acuerdo con prácticas y procedimientos que se definen en el interior del grupo, y que ejercen funciones religiosas, políticas, económicas y jurídicas; tal es el caso entre los rarámuris de Chihuahua y los tepehuanos de Durango (México), lo que muestra la imbricación que existe en estas sociedades entre lo jurídico y los otros niveles de la vida social. En México existen comunidades

y municipios en los que la impartición de justicia es realizada por autoridades indígenas que se ubican en una escala que se inserta en las estructuras jurídicas o políticas del Estado, como es el caso de los jueces de comunidades y municipios que nombra el poder judicial. En estos casos, las autoridades indígenas que imparten justicia mantienen cierto espacio de autonomía para conciliar en asuntos menores de acuerdo con los referentes normativos y procesales del derecho indígena, como ocurre en los juzgados municipales de los municipios indígenas de los Altos de Chiapas. Cabe destacar la importancia que en algunas poblaciones indígenas tienen los juicios públicos conciliatorios, en que el juez actúa como árbitro, como mediador en la negociación, que puede durar varias horas o días hasta que se logra el acuerdo. El juez recuerda a los litigantes los valores y normas que se encuentran en juego en el conflicto y se apoya en estos conceptos para fundamentar su decisión. Los elementos arriba expuestos nos invitan a considerar que los sistemas normativos indígenas forman parte de procesos de cambio legal e histórico, perspectiva que corresponde asumir para evitar la tentación de concebirlos como una supervivencia del pasado o como parte de una esencia inmutable que permanece sin modificaciones a lo largo de la historia.

Referencias

Jane Fishburne Collier. *Law and Social Change in Zinacantan*, Stanford, California, Stanford University Press, 1973 (Versión en español: *El derecho zinacanteco. Procesos de disputar en un pueblo indígena de Chiapas*, México D.F., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Universidad de Ciencias y Artes del Estado de Chiapas, 1995. Traducción de Pastora Rodríguez Aviñoá). - Magdalena Gómez (coord.), *Derecho Indígena*, México D.F., Instituto Nacional Indigenista-Asociación Mexicana para las Naciones Unidas A.C., 1997. - Laura Nader. *Harmony Ideology. Justice and Control in a Zapotec Mountain Village*, Stanford, California, Stanford University Press, 1990 (Versión en español: *Ideología armónica. Justicia y control en un pueblo de la montaña zapoteca*, Oaxaca-México D.F., Instituto Oaxaqueño de las Culturas-Fondo Estatal para la Cultura y las Artes-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1998. Traducción de Lucrecia Orensanz). - Adelfo Regino, "Autonomía y derecho indígena", en Coordinación General de Asesores del Gobierno del Estado de Oaxaca, *Coloquio sobre derechos indígenas*, Oaxaca, Instituto Oaxaqueño de las Culturas-Fondo Estatal para la Cultura y las Artes, 1996, pp. 130-173. - María Teresa Sierra (ed.), *Haciendo Justicia. Interlegalidad, derecho y género en regiones indígenas*, México D.F., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa-Cámara de Diputados, 2004. - Rodolfo Stavenhagen, Diego Iturralde (comps.), *Entre la ley y la costumbre. El derecho consuetudinario indígena en América Latina,* México D.F., San José, Costa Rica, Instituto Indigenista Interamericano-Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1990.

Justicia y teología moral

Humberto Miguel Yáñez (Argentina) - *Centro de Investigación y Acción Social de los Jesuitas*

Teología moral y ética. La teología moral, como reflexión creyente sobre el obrar humano, siempre se ha planteado el problema de la justicia, aunque lo ha hecho desde diversas perspectivas, diferentes paradigmas y distintos acentos a lo largo de su historia. En cuanto "teología", parte del dogma cristiano en su reflexión hermenéutica. La creación del ser humano por Dios es un punto clave en el que arraiga una visión positiva de la existencia, combinada con el pecado original a través del cual la teología conjuga la ambigüedad de la actuación humana y la presencia del mal en el mundo y en la convivencia que produce la injusticia. La encarnación del Hijo de Dios puso fin al predominio del mal, reconstituyendo al ser humano y restableciéndolo en su dimensión ontológica como ser abierto a la trascendencia y relacional, llamado a su plenitud en el amor. El pecado será siempre una "injusticia" porque en su raíz atenta contra sí mismo, el prójimo, la comunidad, el mundo creado y, desde esas dimensiones fundamentales de la existencia, contra Dios. En cuanto "moral", la ética teológica asume todo lo humano sabiendo que nada de ello es ajeno a la fe en Jesucristo. Él es la imagen de Dios y el modelo de humanidad a la que toda persona está llamada (GS 22). Por ello la teología moral entra en diálogo con las diversas concepciones éticas con las que ha convivido a lo largo de la historia, confrontándose con algunos aspectos que los considera contrarios a la revelación cristiana, y asumiendo otros compatibles y hasta aptos para expresar el proyecto de humanidad que Dios quiere.

La justicia como conducta moral en la Biblia. En la *Biblia* encontramos que en el Antiguo Testamento los términos hebreos *sédeq/sedaqá* implican fundamentalmente la relación del ser humano con Dios. De esta relación originaria, con la misma raíz semántica en la forma sustantiva *sdq* se comprenden todas las relaciones: interpersonales, sociales, internacionales, tanto en su dimensión jurídica, moral o religiosa. También se recurre a *mispat*, "*decisión, juicio pronunciado por la divinidad o por el rey, con el que se establece o restablece la justicia*" (L. H. Rivas). La justicia es entendida como "el orden establecido por Dios en la comunidad humana" (E. Nardoni). Esta idea-fuerza lleva a los profetas del tiempo de la monarquía a reclamar en nombre de Dios al rey y a los dirigentes por la ausencia de justicia que padecían los pobres a manos

de ricos y poderosos (Am 2, 6-8; Miq 2, 2-3; 3, 1-3; 6, 10-12; Is 1, 17; Jer 7, 5-6; 22, 3-13). Dios se manifiesta así como el "Dios de los pobres", aquel que escucha la súplica del oprimido y lo libera de todas sus angustias (Sal 34,18). El éxodo es una de las experiencias arquetípicas del pueblo de Israel en la que se expresa la fe en un Dios fiel, que hace justicia y cumple sus promesas. Dios ha elegido a Israel como pueblo suyo y lo invita a realizar una Alianza en la que Yahve será su único Dios e Israel será el pueblo de su propiedad. La Ley que Dios le ha dado contiene sus mandamientos y su cumplimiento se comprende como práctica de la justicia. La justicia, un anhelo del pueblo de Israel, recorre toda la *Biblia* y se cristaliza en la esperanza mesiánica (Is 11,1-9.; Jer 23, 5; Sal 72) en un rey que ha de establecer la justicia y el derecho que provienen de Dios cumpliendo una función liberadora con respecto a los pobres y oprimidos de la tierra, haciéndose "pariente" cercano de ellos (*goel*). La escuela del exilio presenta a Dios como Rey de todo el universo y la *sédeq/sedaqá* adquiere un marcado acento escatológico. En el Nuevo Testamento, los evangelios y cartas recogen los diversos sentidos de justicia atestiguados en el Antiguo Testamento, muchas veces reinterpretada desde la doctrina extrabíblica grecohelenística acerca de las virtudes. Para el evangelista San Mateo, "justicia" (*dikaiosyne)* se refiere a la conducta moral de acuerdo con la voluntad de Dios, para lo cual se pide algo más que un mero cumplimiento exterior de los mandamientos. Se trata de una interiorización y radicalización de las exigencias de la Ley que desembocan en el amor a Dios y al prójimo (Mt 22, 36-40). San Pablo hace una distinción crucial entre la justicia entendida como la acción salvadora de Dios y la justicia como consecuencia del cumplimiento de la Ley que entendemos como "autojustificación" (Flp 3, 9; Rom 10, 5-10). El apóstol de los gentiles polemiza con aquellos que creen que a través de la observancia de la Ley y sus tradiciones alcanzarán la salvación (Rom 3, 28). Santiago discute en cambio con aquellos que en virtud de una fe reducida a mera invocación cúltica, descuidan su compromiso con el prójimo y la comunidad, acentuando la importancia de las obras como expresión de la fe (Sant 2, 24). Ambos coinciden en que así como las obras del amor son la prueba de una fe viva (Gal 5, 6), la fe alcanza su plenitud en las obras (Sant 2, 22). El evangelio de San Lucas presenta a Jesús como el Mesías enviado a "*anunciar a los pobres la Buena Nueva*..." (Is 61,1-2; Lc 4,16-19) y a proclamar la liberación a todos aquellos que son víctimas de la injusticia y del pecado en virtud de la llegada del Reino de Dios en la persona de Jesús. Así, desde el punto de vista de la experiencia de fe, la justicia ha sido y es una idea polifacética y central en la *Biblia*. La fe, lejos de contraponerse a las obras, o de vivirse al margen de ellas, es su forma y distintivo característico. Más que "pedir obras", les da su sello inconfundible que es la caridad, el amor que viene de Dios a nuestros corazones por su Espíritu, y los transforma para que amemos "con obras y según la verdad" (1 Jn 3,18).

Datos históricos. Los autores de la teología patrística pertenecientes al mundo grecolatino comprendieron su fe con categorías propias de aquella cultura. Por ello expresaron la fe, esperanza y caridad como virtudes teologales, y sobre todo a partir de San Ambrosio (s. IV), incorporaron las virtudes cardinales del mundo grecorromano a la reflexión moral y a la práctica de la vida cristiana. Sin embargo, introdujeron una importante corrección a la idea de virtud. Para el cristianismo, la iniciativa y el poder de Dios preceden a la capacidad humana para el bien. Las "virtudes" son "infundidas" por Dios en el alma; sin embargo, no ahorran el propio esfuerzo humano por cultivarlas. Si para la ética griega clásica la justicia era el principio arquitectónico de la vida moral, San Agustín (s. V) aclara que el distintivo cristiano es el amor, no la justicia, dando al primero el primado, señalando así la insuficiencia de la segunda. Santo Tomás de Aquino (s. XIII) realizó una síntesis genial entre la herencia del pensamiento cristiano-patrístico, y la del pensamiento grecolatino clásico, sobre todo de Aristóteles, para construir su *Summa Theologiae*. Las virtudes teologales informan la vida moral, de modo particular la caridad. Por ello, las virtudes cardinales son también infundidas e informadas por el amor que viene de Dios al hombre para transformarlo interiormente y transformar las estructuras de convivencia y de la sociedad. La justicia consiste en "dar a cada uno lo suyo" (Ulpiano), y se divide, siguiendo a Aristóteles, en "conmutativa", que regula las relaciones de los individuos entre sí; "distributiva", que ordena las relaciones de la comunidad como tal con los individuos miembros de aquella; y "legal", que es la norma de las relaciones del individuo con el conjunto social. El Concilio de Trento (s. XVI) contribuyó a una racionalización de la fe y a un reduccionismo racionalista y juridicista de la moral desgajada de la experiencia de fe y del pensamiento sistemático de la teología como unidad. La justicia dejó de hacer sentir su peso en el ámbito moral para quedar confinada al ámbito jurídico. A ello se agregó la desconfianza hacia la *Biblia*, que entró en la teología católica como reacción a la propuesta luterana de la *"sola scriptura"*, lo cual hizo que se perdiera el aliento bíblico en la teología y el sentido de la justicia que aporta la *Biblia* en la moral. La segunda escolástica, inspirada en Santo Tomás, especialmente la Escuela de Salamanca (s. XVII), afrontó los nuevos desafíos del

mundo moderno, de modo particular la cuestión de la justicia internacional (Francisco de Vitoria) y el origen divino de la autoridad delegada al pueblo y de este al soberano (Francisco Suárez), origen remoto de la democracia liberal moderna. La tercera escolástica (s. XIX) fue un nuevo retorno a Santo Tomás siguiendo más su doctrina que su método y ello llevó a la teología neotomista a un anquilosamiento doctrinal que le impidió responder a los nuevos desafíos en la etapa de la industrialización en Europa. De allí que fuera esta vez el Magisterio Pontificio el que tuviera que cubrir semejante laguna con su primera encíclica sobre la "cuestión social", *Rerum novarum*" (1891), del papa León XIII. El Concilio Vaticano II (1962-1965) consagró la renovación teológica que se venía operando en el seno de la teología católica, impulsando nuevos movimientos teológicos, varios de ellos preocupados más por la ortopraxis que por la ortodoxia: la teología de "las realidades terrestres" (G. Thils), la teología del trabajo (M. D. Chenu), la teología de la esperanza (J. Moltmann) y la teología política (J. B. Metz). En estas corrientes se procura recuperar la praxis cristiana en el ámbito de la fe, volviendo a conjugar la dogmática con la moral. En esa época, Juan XXIII acoge la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) en su encíclica *Pacem in Terris* (1963).

América Latina. En Latinoamérica se abría paso la "teología de la liberación". Ella surgió frente al escándalo de la injusticia social en un continente mayormente católico. La novedad consistió en asumir aspectos del pensamiento marxista reinterpretados desde la fe en Jesucristo. Constata la insuficiencia de una moral privatista y burguesa, y un magisterio universal abstracto, insuficientes para responder al problema de la injusticia estructural. Por ello se propone reflexionar críticamente no solo asumiendo el pensar filosófico, sino también en diálogo con las ciencias sociales, buscando la "mordiente histórica" (G. Gutiérrez) del pensar teológico realizado desde la "praxis histórica" para suscitarla como "praxis de liberación" e iluminarla con una "lectura militante" de la palabra de Dios, reflexionada por las comunidades en camino de concientización y de liberación (C. Mesters). Fue ella quien acuñó la urgencia de una "opción por los pobres", asumida luego por el magisterio episcopal latinoamericano (*Documento de Medellín*, XIV. Pobreza de la Iglesia, N° 9-11; *Doc. de Puebla*, N° 1134; *Doc. Santo Domingo*, N° 296), y luego en el magisterio universal, por el papa Juan Pablo II en su encíclica *Sollicitudo rei socialis* (N° 42). La ética teológica de la liberación surge de la "indignación ética" que produce la injusticia y propone la liberación como el imperativo ético más urgente a través de un cambio de las "estructuras de pecado" (*Doc. de Puebla*, N° 281) hacia "estructuras de solidaridad". Pero todo cambio estructural, ha recordado el magisterio oficial de la Iglesia, ha de estar acompañado de una conversión interior que para la ética de la liberación no puede ser algo meramente privatista, sino arraigada en la opción por los pobres. La perspectiva del pobre provoca una ruptura epistemológica desde donde se llega a un nuevo modo de conocer basado en el "dolor masivo e injusto de los pobres" (J. C. Scannone). Los pobres son el "lugar hermeneútico" de la nueva teología desde el cual se afronta el principal problema ético: la injusticia social. Últimamente la ética teológica latinoamericana se ha acercado al concepto "solidaridad" para expresar el complemento de la justicia y la liberación que las hace posibles y las sitúan en un ámbito más integral sin depender tanto de la idea marxista de la lucha de clases y aportando una base antropológica construida desde las propias raíces culturales. El imperativo ético fundamental será escuchar el grito de los excluidos, de los sin voz, que reclaman la integración solidaria en una sociedad donde haya lugar para todos sin excepción como principal tarea de la justicia. Mientras tanto y a la vez, la ética latinoamericana ha de acompañar el camino de liberación integral, asumiendo las cuestiones concretas de la vida cotidiana, en las que incide de modo crítico el problema de la pobreza.

Referencias

R. Aguirre, F. J. Vitoria Cormezana. "Justicia", en I. Ellacuría, J. Sobrino. *Mysterium liberationis. Conceptos Fundamentales de Teología de la Liberación,* t° I, Madrid, 1990, pp. 539-577. - D. Brackley, T. S. Schubeck. "Moral Theology in Latin América", *Theological Studies* 63 (2002) 123-160; G. Gutiérrez. *Hablar de Dios desde el sufrimiento del inocente. Una reflexión sobre el libro de Job,* Lima 1986. - E. Nardoni. *Los que buscan la justicia. Un estudio de la justicia en el mundo bíblico,* Estella 1997. - L. H. Rivas. "Justicia y amor. Fundamentos bíblicos" *Revista Bíblica,* 67, 1-2 (2005), 5-29. - J. C. Scannone. "Cuestiones actuales de epistemología teológica. Aportes de la teología de la liberación"; *Stromata* 46 (1990) 293-336. - H. M. Yáñez. "Ética de la liberación. Aproximación metodológica, estado de la cuestión y perspectivas de futuro", Stromata 49 (1993), 109-183. - H. M. Yáñez. E*speranza y Solidaridad. Una fundamentación antropológico-teológica de la moral cristiana en la obra de Juan Alfaro*, Madrid 1999. - H. M. Yáñez. *La solidaridad desde Latinoamérica hoy,* en F. J. A. Larcos Martínez (ed.), *La moral cristiana como propuesta. Homenaje al profesor Eduardo López Azpitarte*, Madrid, 2004, pp. 377-396.

Bien colectivo y decisión judicial

Eduardo Luis Tinant (Argentina) - *Universidad Nacional de La Plata*

Concepto y precisiones etimológicas. El término bien colectivo expresa determinados estados, calidades o

posesiones que la sociedad reconoce o proporciona a cada uno y a todos los ciudadanos que la componen, atendiendo a lo que es necesario a su subsistencia y bienestar material y espiritual, así como a la realización de los fines propios de la sociedad, relación entre ambos órdenes que cabe armonizar. Trata, además, la incidencia de la decisión judicial en tal conjugación a partir de una adecuada interpretación y protección de los derechos, principios y valores personales y comunitarios en juego. Bien: sustantivo; lo bueno, lo valioso, bienestar, beneficio. Colectivo: de varias personas que se consideran o actúan como grupo; lat. *collectivus*: "colectivo", de *collectus*, reunido. Bien común (polít.). Conjunto dinámico, armónico y organizado de las riquezas materiales e inmateriales, posibilidades, proyectos y planes que configuran la vida de una sociedad o grupo en cuanto tal y cada una de las personas en cuanto es miembro del grupo (emparentado con la nueva "ciudadanía social", concepto con el que se define la actividad humana que recoge al mismo tiempo el título individual y la pertenencia a una comunidad, con instituciones sociales en diálogo continuo con el ciudadano). Bienestar: vivencia o ejercicio preferentemente estable de la condición de disfrute positivo de la vida humana y de los bienes materiales y espirituales.

Bien colectivo y bien común. Entre bien común y bien colectivo hay una relación de género y especie. Los bienes colectivos intervienen en la realización del bien común. Este es un principio ordenador (social), un bien de convivencia, siendo de todos y de cada uno de los miembros de la sociedad. Es de todos, porque mantiene la integridad del cuerpo social, y de cada uno de sus miembros, respetados en su persona. El bien común se logra a través de la solidaridad. Esta es integrante y consiste en soportar en parte el destino personal de los otros, sin más fundamento que la cercanía vital en que las personas se encuentran al convivir. El bien común expresa una concepción del hombre como ser comunitario sin dejar de ser persona. Encarna exigencias comunitarias, poniendo el bien privado al servicio de la sociedad. Se impone de tal modo la presencia del derecho para reglar las actividades particulares y resolver en justicia los conflictos concretos planteados. Vínculo entre el hombre y la comunidad en el que asegurar la dignidad y las libertades fundamentales de aquel, y el bien de esta, constituye la razón de ser del derecho. Al respecto, el derecho está ordenado a hacer posible y conveniente la vida en sociedad, y también a hacerla efectiva, para que se realice siempre el bien común. Luego, derecho, justicia, seguridad y bien común son los pilares fundamentales para la construcción de la sociedad comunitaria.

Bien colectivo y derechos de incidencia colectiva. Hoy ya se habla de una "cuarta generación de derechos humanos", que conllevan la observación de verdaderos deberes actuales en favor de las generaciones futuras: los seres humanos que vendrán. En todo caso, cual prolongación y perfección de los "derechos humanos de tercera generación": derechos de la solidaridad y al desarrollo, a la paz, a un medio ambiente sano, cuyo incipiente ejercicio puede percibirse, por ejemplo, en los estudios de impacto ambiental y en la exigencia de un "desarrollo sustentable" con el fin de hallar un nuevo modo de crecimiento sobre la base de una sana utilización de los recursos para la satisfacción de las necesidades actuales y futuras de la sociedad. El amparo colectivo es así, en materia de garantías, la modalidad más novedosa del derecho público, que incorporó la reforma constitucional argentina de 1994: "*Podrán interponer esta acción contra cualquier forma de discriminación y en lo relativo a los derechos que protegen al ambiente, a la competencia, al usuario y al consumidor, así como a los derechos de incidencia colectiva en general, el afectado, el defensor del pueblo y las asociaciones que propendan a esos fines, registradas conforme a la ley, la que determinará los requisitos y formas de su organización*" (CN, artículo 43, 2º párrafo). Se trata de una ampliación del amparo individual o clásico. Esta extensión involucra dos elementos: los derechos afectados o restringidos y los sujetos legitimados para su interposición. La tutela judicial efectiva incluye a toda persona afectada y amplía el ámbito de esta garantía en el marco de los denominados procesos colectivos para que sea utilizada en la defensa de los derechos del medio ambiente y del consumidor. Con relación al primer punto, nos encontramos con los derechos de tercera generación o derechos de incidencia colectiva (expresión a la que recurrió el constituyente), categoría tras la cual subyace una gama variada de intereses difusos: los que no se sitúan en cabeza de un sujeto determinado, sino que se encuentran difundidos o diseminados entre todos los integrantes de una comunidad y cuya violación afecta a la ciudadanía en su conjunto, o por lo menos a una importante porción de ella, sin desconocer la posibilidad de que existan afectados particulares por haber sufrido un daño directo en sus personas o en sus patrimonios.

El agua como bien colectivo (bien material). Más de 1.300 millones de personas no tienen garantizado el acceso a agua potable; cada ocho segundos un niño muere a causa de una enfermedad relacionada con el agua en el mundo. Sin embargo, continúa la devastación y degradación de ríos, lagos y humedales, a menudo de manera irreversible. La deforestación masiva, la contaminación sistemática de las aguas por vertidos industriales, mineros,

agrícolas y urbanos, y la rápida reducción de acuíferos subterráneos que destruyen ecosistemas acuáticos, suelen ser ominosa noticia. Esta situación de crisis ha llevado al Foro Social Mundial a declarar al agua dulce ("oro azul") bien colectivo, y a requerir a los poderes públicos la máxima protección de las fuentes de agua y una adecuada instrumentación de servicios de provisión de agua a todas las personas. Similar preocupación merece en nuestra región el Acuífero Guaraní, una de las reservas de agua más grandes del planeta, situado entre Argentina (225.500 km^2), Brasil (825.000 km^2), Paraguay (70.000 km^2) y Uruguay (45.000 km^2). Cabe agregar que la reciente Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco recuerda que el progreso de las ciencias y de las tecnologías debe fomentar, en particular, "*el acceso a una alimentación y un agua adecuados*" (artículo 14: "Responsabilidad social y salud", 2. b).

La salud como bien colectivo (bien material y espiritual). Conjunción de solidaridad social y constitucionalismo social que se manifiesta como la obligación de dispensar los servicios de salud por imperio de la ley, al margen de lo que contractualmente hubieran convenido prestador y beneficiario. La salud que se protege no es únicamente la individual y subjetiva de una persona determinada, sino la que reviste naturaleza y calidad de bien colectivo socialmente comprometido en su pluriindividualidad. Hay un valor que merece prevalecer sobre la libertad contractual y la autonomía de la voluntad y que impone una obligación no pactada que emerge de valores y principios constitucionales (v. gr., deber de prestar la cobertura indispensable en materia de drogadicción y virus del sida). Se trata de un riesgo para la salud como bien colectivo. Como afirma Germán Bidart Campos (2001) sobre dicha cuestión, cuando la salud como bien colectivo sufre amenaza o daño, está a la vez comprometida la salud individual del conjunto social al que pertenece y donde se sitúa el bien colectivo. La salud "pública" no es otra cosa que un aspecto de la salud como bien colectivo.

La verdad como bien colectivo (bien espiritual). El deseo de verdad pertenece a la naturaleza misma del hombre y conlleva la legítima aspiración de conocer la verdad histórica (develar la existencia de un acontecimiento fáctico determinado y ponerlo a disposición de todas las personas). De tal manera, el derecho a la verdad histórica es un derecho emergente que integra el bloque de constitucionalidad federal y desde la cúspide normativa infiltra el derecho infraconstitucional. En el derecho internacional de los derechos humanos y humanitarios, el derecho a la verdad se presenta en situaciones de violaciones masivas y sistemáticas de los derechos humanos (a la vida, a la integridad física de las personas, al debido proceso). En consecuencia, el derecho de las personas directamente afectadas –y de la sociedad toda en la que viven– a conocer la verdad de su pasado es un bien colectivo que debe ser perseguido desde los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, los medios de comunicación social y la propia sociedad (cf., v. gr., fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, de fecha 15/X/98, sobre un caso de habeas data, desaparición forzada de persona, derecho a obtener información y derecho a la identidad; y nota al mismo de Andrés Gil Domínguez, "*La verdad: un derecho emergente*", La Ley, 1999-A).

Gravitación de la decisión judicial en el tema. Los jueces son servidores del derecho para la realización de la justicia y contribuyen a su producción en tarea común con los legisladores y la autoridad pública. Su aptitud está dada por una fundamentación "bifronte" (por un lado, el trascendente "aislamiento de los estudiosos"; por el otro, la preocupación por los "casos reales" que deben resolver). La tarea judicial tiene así la posibilidad de ser representativa, próxima y sensible de las necesidades de la población. Por esta razón resulta menester alcanzar una decisión sustancialmente prudente. El hombre prudente es, en general, el que sabe deliberar bien. Como enseña Aristóteles (*Ética a Nicómaco,* lib. VI, caps. II, IV y V), nadie delibera sobre las cosas que no pueden ser distintas de como son, ni sobre las cosas que el hombre no puede hacer. Por tanto, la prudencia no se limita a saber las fórmulas generales, sino también todas las soluciones particulares, porque es práctica, y la acción se aplica al pormenor de las cosas. También Santo Tomás de Aquino supo señalar que la prudencia trata de las acciones contingentes y que, "*en estas no puede el hombre regirse por la verdad absoluta y necesaria, sino por lo que sucede comúnmente*" (*Suma Teológica*, sección primera, segunda parte, IV, C.49, a.1.). El pronunciamiento judicial constituye así una decisión prudencial, fruto de una interpretación finalista y previsora: tiende a deslindar lo necesario de lo contingente, y en este ámbito delibera y escoge un juicio acerca de la mejor conducta jurídica entre todas las posibles para el caso concreto, intentando responder sobre cuáles serán las consecuencias valiosas o no valiosas de la misma. Decisión judicial que cabe inscribir en el saber práctico antes que en el saber especulativo, pues apetece el bien y la verdad, pero, llegado el caso, busca lograr adhesión aun por encima de un conocimiento exacto de la realidad pretérita enjuiciada, teniendo en cuenta que a

esta solo puede acceder analógicamente: en su intento por reconstruirla se sirve de pruebas –por ejemplo, la testimonial– de cuya objetividad no siempre puede estar absolutamente seguro. Tratándose de la interpretación judicial de la Constitución en materia de protección de derechos humanos y disponibilidad de bienes colectivos, el juez persigue la noción de lo que es bueno para el caso concreto en función del bien común. Además, habiéndosele planteado un conflicto para que lo resuelva con arreglo a la ley, el juez debe buscar no sólo no reavivarlo sino darle solución, por lo que la aprobación que provoque su decisión contribuirá sobremanera a tal fin. La justificación de esta requiere argumentar sobre la bondad del juicio de elección, al que habrá de revestirse de suficiente retórica a fin de persuadir a las partes y a la propia sociedad sobre el acierto de la decisión adoptada. Por tal razón, el juez debe efectuar una interpretación "previsora", tanto con referencia al caso concreto como a los efectos que la interpretación pueda tener respecto a la sociedad, pues, además de verificar sus resultados y medir sus efectos en orden a la comunidad –a fin de ratificar una interpretación provechosa o descartarla si acarrea efectos negativos–, obtendrá nuevos argumentos para la justificación de su decisión. A la parte vencida le resultará menos desfavorable el desenlace del pleito, si advierte entre las tesis justificativas de la sentencia que esta atiende el bien común y anticipa, al respecto, una repercusión positiva en el medio jurídico y social. Si el juez logra transmitir que ambos puntos de vista resultan compatibles, su decisión se verá –además de socialmente aceptable– más equitativa y razonable o mejor adaptada a la situación particular. La sensación será que la solución que encierra el fallo, lejos de contraponerse, tiende al bien común, irradiándose en el ánimo de quienes por encima de su rol circunstancial de litigantes anhelan su realización: el hombre, de acuerdo con la doctrina tomista del orden social, en la medida que busca el bien común realiza su propio bien, porque en parte se forma el bien particular con el bien común y, hasta cierto punto, aquel está incluido en este.

Referencias

Eduardo Tinant. *Antología para una bioética jurídica,* Buenos Aires, La Ley, 2004. - Eduardo Tinant. *En torno a la justificación de la decisión judicial*, Buenos Aires, La Ley, 1997-E, 1395. Eduardo Tinant. *Bioética, amparo y un nuevo caso de trasplante de órgano a la luz de la interpretación ´previsora´*, Buenos Aires, La Ley, 1997-385. Germán Bidart Campos. "La dimensión de la salud como bien colectivo y los servicios de salud", Nota a fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, Buenos Aires, La Ley, 13 de marzo de 2001-F, 906.

Derecho de familia

Mauro Machado do Prado (Brasil) -
Universidad Federal de Goiás

Familia, Derecho de familia e intervención del Estado. Familia es un término que deriva del hosco *famulus,* derivado a su vez de *famel*, el esclavo; en sentido primitivo aludía al conjunto de esclavos y sirvientes que estaban bajo la autoridad del *pater familias.* Se comprende, en sentido restringido, como la relación/sociedad conyugal (cónyuges y niños), constituida por el matrimonio. En sentido amplio, familia significa un grupo de personas atadas por la vinculación de misma sangre. Para el derecho civil, el término se refiere a la reunión de personas atadas por la vinculación de consanguinidad, de semejanza o de relación. Sin embargo, como cualquier fenómeno social, este es un concepto flotante en el tiempo y en el espacio, que difiere en las varias ramas del derecho, pudiendo coexistir diversos significados incluso en un mismo ordenamiento jurídico. El campo del derecho de familia, en síntesis, estudia las relaciones de las personas unidas por el matrimonio o de aquellos que viven juntos en uniones sin matrimonio y las relaciones de los niños con los progenitores. Implica relaciones personales, patrimoniales y asistenciales entre los miembros de la familia. El derecho de familia es guiado por intereses morales elevados de bienestar social. Por su naturaleza, presenta características que lo diferencian de las otras ramas del derecho privado. Es ordenado por un gran número de normas públicas, sin que esto lo transforme en rama del derecho público, aunque haya doctrinadores que en esto lo ponen. El Estado interviene en la estructura de la familia en pro de la preservación de la célula que la sostiene, y a ella dedica protección especial, interviniendo indirectamente cuando es esencial para su propia estructura. Es punto crítico que la intervención del Estado en la familia, aunque para su protección, entre en conflicto con los derechos básicos de autonomía. Por tanto, las normas de orden público en el derecho privado tienen como finalidad limitar la autonomía de la voluntad y la posibilidad de que las partes dispongan sobre sus propias normas en las relaciones jurídicas. En el campo del derecho de familia, el papel de la voluntad está más restringido y con frecuencia está limitado a no más que la expresión de un consentimiento, con todas las consecuencias de esta manifestación previstas y expresadas en ley, como ocurre en el matrimonio, en la adopción, en el reconocimiento de la filiación y, en algunos países, en la planificación familiar y el control de la natalidad. Otro aspecto crítico es que el Estado, por la fuerte influencia de las morales religiosas, asimila e incorpora sus cánones, dogmas y absolutos

morales en sus legislaciones, en diferentes grados, como ocurre en América Latina y el Caribe, donde hay gran influencia del proceso de la colonización y de la Iglesia.

El derecho y la familia en la actualidad. El derecho de familia tiene fuerte contenido moral y ético; en razón de eso, debe acompañar legislativamente las transformaciones sociales. La célula básica de la familia, constituida por progenitores y niños, persiste históricamente, pero la familia actual sufre cambios en sus propósitos, en su composición y en el papel de los progenitores. En los aspectos sociales y jurídicos, la unidad familiar no tiene ya como base el matrimonio. Son muchos los factores asociados a estos cambios: la falta de atención y la pérdida de los valores religiosos tradicionales, la mujer y sus conquistas en el mercado obrero, el alcance de la igualdad de derechos entre marido y mujer, la forma de educación de los niños, las uniones sin matrimonio o incluso entre personas del mismo sexo, la disolubilidad de la vinculación del matrimonio, el alto índice de separaciones y divorcios, el reconocimiento de derechos de los niños que se tiene fuera del matrimonio, las nociones de familia natural y de familia sustituta o adoptiva, los aspectos relacionados con el control de la natalidad, la mezcla de etnias que crea nuevas células familiares, la coexistencia entre varias generaciones por la longevidad más grande, las nuevas e innumerables posibilidades en el campo de la reproducción humana asistida, la maternidad de la renta, el fenómeno de la clonación, las cirugías para el cambio del sexo, entre otros. Ahora, un nuevo derecho de familia tiene que confrontar con las sorpresas y los desafíos propuestos por los cambios de valores, por el pluralismo moral y por los desdoblamientos actuales de los progresos científicos y tecnológicos, principalmente en el campo de la genética y de la reproducción humana. Aparecen nuevos conceptos y premisas, completamente diferentes de aquellos encontrados al principio del siglo pasado. Teniendo en cuenta que el derecho de familia es muy peculiar, que se queda en una escala intermediaria entre el derecho público y el privado, hay que considerar la necesidad de elaborar un grupo de normas que promuevan el respeto al pluralismo moral y a las diferencias, y que presenten respuestas posibles y dignas a los conflictos de intereses del tiempo presente.

Referencias

De Plácido e Silva. *Vocabulário Jurídico*, Rio de Janeiro, Editora Forense, 2002. - Sílvio de Salvo Venosa. *Direito Civil - Direito de Família*, São Paulo, Editora Atlas, 2003. - Maria Helena Diniz. *Curso de Direito Civil Brasileiro - Direito de Família*, São Paulo, Editora Saraiva, 2004.

Equidad en salud

Dámaso Gómez Plasencia (Cuba) - *Instituto de Ciencias Médicas Victoria de Girón*

Equidad. La traducción que puede encontrarse del latín es igualdad. Por sus complejidades, es necesario tener en cuenta que muchos tratan la equidad como justicia, complemento de la justicia, justicia distributiva, justicia real. Al igual que las primeras formas que adopta la categoría justicia, en su desarrollo histórico, la equidad aparece vinculada a resarcir daños, asignar bienes, en un sentido distributivo. La justicia como aspiración humana, como ideal de reconocer a cada hombre solo por lo que es: *un ser humano*, tardó demasiando tiempo en reconocerse y ser declarada. La Revolución Francesa, la Declaración de Independencia de Estados Unidos y la Declaración Universal de los Derechos Humanos fueron momentos históricos que, aun cuando no revelaron la forma de lograr la justicia, contribuyeron a *declararla* como derecho universal. En los documentos que recogen estas declaraciones no se plantea condición alguna para la justicia; está dirigida a todos los seres humanos. La justicia como aspiración humana, como valor, como lo justo, ha sido y es el sueño no logrado de la especie humana. El derecho ha venido a erigirse como paladín de justicia, sin embargo, sin dejar de serlo, se reduce a una justicia que representa los intereses de los que tienen en sus manos el poder económico y, en consecuencia, el poder político y jurídico. En estas condiciones, la justicia oficial, la justicia que los hace acreedores de un Estado de derecho, se ampara en un criterio de lo justo para ese sector de la población generalmente minoritario. La equidad es utilizada para aplicar un criterio de lo justo que reconozca y tenga en cuenta las asimetrías sociales, que no se limitan a las diferencias naturales como las de edad y sexo, sino también a otras diferencias que imponen las condiciones socioeconómicas en cada país. Así emerge la equidad como un complemento de la justicia, con frecuencia para lograr la aceptación de la justicia oficial. Mas ocurre lo contrario, visto desde otro plano, para facilitar el análisis. En una sociedad que propone equidad, dando a cada cual, según sus méritos, según lo suyo, según lo atribuido por la ley, según su ingreso, es necesaria una concreción y definición que sea capaz de instrumentar y delimitar su alcance y significación. La equidad requiere el derecho, la justicia, en su interrelación, para instrumentarla. Es frecuente ver la equidad aplicada para distribuir, teniendo en cuenta las necesidades, los aportes, los méritos de cada individuo. Así el pago debe ser con arreglo al trabajo, la asistencia médica de acuerdo con las necesidades; pero no es suficiente, ya que el derecho al trabajo y el

acceso a la atención médica deben ser garantizados a todos los ciudadanos no de forma equitativa, sino por justicia, por derecho reconocido a todo ciudadano. La equidad sin justicia es injusta; también la justicia sin equidad al no tener en cuenta las diferencias. La salud es un derecho humano mundialmente reconocido, mas la puesta en práctica de este derecho tiene diferentes interpretaciones y condicionantes de acuerdo con el sistema de salud que establezca el país. Para la medicina privada, el individuo puede tener libre acceso a la atención de la salud siempre que compre los servicios que necesita, ya sea a la empresa aseguradora o, de forma directa, pagando al ser asistido. Los sistemas de seguros de la medicina prepaga ofrecen un paquete de servicios a los ciudadanos que lo adquieren, exigiendo pago adicional en caso que los servicios impliquen mayores gastos. Los sistemas nacionales de salud brindan cobertura de todos los servicios a todos los ciudadanos y en forma universal asumiendo el Estado la financiación de estos gastos. No es suficiente practicar la justicia oficial y distribuir de forma equitativa los recursos de salud; es necesaria la voluntad política del Estado para garantizar los recursos humanos y materiales. La estrategia de salud que asuma el Estado puede estar dirigida a la promoción y prevención, o a curar. La primera estrategia es más justa y humana; en ella la equidad es aplicable solo a las diferencias de los pacientes, de acuerdo con sus enfermedades o predisposiciones a estas. Ante el desarrollo científico y tecnológico, la experiencia histórica se ha encargado de demostrar que las normas, los códigos y acuerdos son insuficientes ante la diversidad. La práctica es más rica que la teoría; en consecuencia, las valoraciones para tomar decisiones en salud deben compartir dos exigencias que propone el pensamiento bioético: la casuística y los hechos, que desde el punto de vista metodológico permiten un análisis más objetivo y adecuado a las circunstancias, premisas indispensables para la equidad.

Referencia

Paul Hunt. *The Right of everyone to enjoy the highest attainable standard of physical and mental health* (Report), United Nations, 2003.-

2. Sistema de Derechos Humanos

Una bioética crítica no debe dejar de exigir el reconocimiento institucional de aquellas acciones moralmente indicadas que al no realizarse ponen en discusión derechos humanos básicos. Pero tampoco debe ignorar la tensión a la que la propia historia cultural que los funda somete a los derechos humanos impidiendo que se conviertan en principios abstractos. En el ámbito de la salud, los derechos humanos fundamentales se ven problematizados cotidianamente. El derecho a la vida supone a veces el reclamo del derecho a morir en situaciones moralmente justificadas de suspensión de tratamientos de sostén vital; el derecho a la libertad implica en ocasiones el reclamo del derecho a no decidir acerca de prácticas médicas o el de ejercitar ese derecho mediante decisiones anticipadas y designación de subrogantes; el derecho a la integridad puede manifestarse como derecho a decidir acerca de intervenciones con daño físico pero con prevención de la integridad vital, moral, psíquica o social. En algunos casos, el derecho a la identidad se convierte en derecho al cambio de identidad, como en los recién nacidos de sexo ambiguo y en la transexualidad. Trabajar desde una bioética crítica implica gran responsabilidad y seriedad para no convertir todo problema ético en salud en una cuestión de derechos humanos, pero también para no claudicar en exigir el reconocimiento de aquellas obligaciones institucionales que en conciencia tenemos la convicción de que constituyen el marco referencial de una moral de mínimos para nuestro vivir en sociedad. Para alcanzar ese umbral, la bioética debe promover la educación en valores para evitar la supuesta neutralidad de la ciencia, de la tecnología, de la economía y de la política; alcanzar la humanización de la salud; y promover la educación, porque la intuición emotiva de los valores es una capacidad que puede desarrollarse. La deshumanización no es más que la pérdida de la capacidad axiológica, tan propiamente humana, cuando estamos rodeados de tanto poderío científico y tecnológico.

Bioética, justicia y derechos humanos. Así como se dice que el nacimiento de la ética filosófica se corresponde con la filosofía griega clásica, también en ese periodo histórico ocurre por primera vez, en el seno de la democracia ateniense, la posibilidad discursiva de encuentro y confrontación entre norma jurídica y norma ética, que será una condición necesaria aunque no suficiente para constituir el concepto de derechos humanos. No es suficiente porque la confrontación entre norma

jurídica y norma ética debe darse a la luz de una doble pretensión: su alcance –para todos los seres humanos por su sola condición de tales– y su reconocimiento –por todos los seres humanos por esta condición–. No es casual, por esa razón, que haya sido la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas la que marcó un punto histórico de inflexión fundamental en el concepto de derechos humanos. Sin embargo, también debemos ver aquella dimensión que nos explique por qué –pese a todo– los triunfos y fracasos en el respeto a los derechos humanos no subyacen simplemente en los enunciados declarativos internacionales. Unos dirán que es necesaria la fuerza del derecho positivo que por ahora descansa en modo indelegable en las naciones, permitiendo muchas veces el incumplimiento de las declaraciones internacionales. Pero las relaciones entre derecho y moral, en general, y en particular en los derechos humanos, han sido explicadas de diverso modo según hayan sido las concepciones postuladas. Es necesario precisar algo más los conceptos mismos de *derecho y moral* (v. *Derecho y moral),* más allá de las consideraciones histórico-descriptivas, para establecer su relación con las diversas concepciones existentes. Asimismo, para ver el alcance de la disyunción, conjunción o subordinación entre ética y derecho, al intentar definir específicamente la salud como un derecho humano. Porque, si por un lado en el concepto de derechos humanos se encierra el supuesto del reconocimiento político-jurídico de exigencias ciudadanas sobre la vida, la identidad, la integridad, la libertad, la salud y el bienestar, por el otro este concepto exige determinado estadio de la evolución histórica en las normas morales comunitarias, y en sus valores sociales y culturales, para confrontar con ellos valores éticos de pretensión universal. El iusnaturalismo brinda una de esas concepciones con una noción histórico-explicativa de los derechos humanos. La idea de un sistema de normas acerca de lo justo y de lo injusto, dado por 'naturaleza' y válido por tanto en todo tiempo y lugar, ha sido defendida por Platón y Aristóteles, por la doctrina cristiana del derecho natural, y posteriormente y en distintas versiones, por Hobbes, Locke y Rousseau. La tradición de la doctrina cristiana del derecho natural ha tenido un gran alcance histórico. Para San Agustín, *ley eterna* (*lex aeterna*) es la voluntad de Dios que manda conservar el orden de la naturaleza y prohíbe perturbarlo. La ley eterna comprende el orden natural (*lex naturalis),* el orden racional *(lex rationis)* y el orden moral *(lex voluntatis)*. Posteriormente, la participación del hombre en la razón divina y su ley eterna se alcanza en Santo Tomás por la *ley natural* que permite distinguir el bien del mal en la razón humana y establecer sus exigencias fundamentales a través del derecho natural. El orden fijo de este, como reflejo de la ley eterna, no excluye el ordenamiento jurídico temporal de los hombres que así lo desarrollan. En cualquier caso, el fin supremo del Estado es alcanzar el fin eterno o felicidad en Dios; de ahí que la Iglesia se encuentre por encima del Estado. Pero la crítica kantiana llevó la idea de un derecho y una ley 'naturales' a la idea de un derecho y una ley 'racionales'. Por eso, para ofrecer hoy una concepción histórico-explicativa de la justicia y los derechos humanos en su relación con la ética, no hay que recurrir al iusnaturalismo si queremos evitar sus puntos débiles. Para no adscribir a las tesis del iusnaturalismo en su versión metafísica de un *personalismo* de corte teológico-religioso o espiritualista, ni tampoco a las tesis positivistas como las de Kelsen o Hart, centradas en la autoridad de los Estados como creadores de normas jurídicas con independencia de las normas éticas, se deben tener en cuenta los *criterios* utilizados para la delimitación de las relaciones entre derecho y moral. En ese sentido podemos afirmar, en principio, que los derechos humanos considerados en toda la generalidad de su naturaleza histórica han aparecido ligados desde siempre –como construcción normativa de respuesta– a dos variantes mayores del autoritarismo: las *dictaduras* y los *imperialismos*. Por esta razón podemos utilizar los términos *dictadura* e *imperialismo* como criterios preliminares para observar en ese marco las exigencias de derechos realizadas en nombre de una condición moral o naturaleza humana que se pretende afirmar frente a su negación (v. *Poder e injusticia*).

El origen de los derechos humanos. El término *derechos humanos*, aunque en un sentido genérico alude a cuestiones tan antiguas como el respeto de la condición humana en toda forma de organización política de cualquier comunidad o grupo humano, en sentido específico es de origen reciente a partir de la expresión *droits de l'homme*. La *Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* decretada por la Asamblea Nacional Francesa en agosto de 1789 expuso, en una declaración solemne, los principios simples e indiscutibles, naturales, inalienables y sagrados del hombre, que los ciudadanos podían reclamar como fines de toda institución política ante los actos de cualquiera de los poderes del Estado. De este modo, los derechos del hombre allí señalados se convirtieron en principios constitutivos de todo ciudadano como miembro del cuerpo social por sus obligaciones y derechos. Asimismo, en la Declaración de Independencia redactada por Thomas Jefferson y proclamada por los representantes de Estados Unidos de América el 4 de julio de 1776, se toman como verdades autoevidentes que todos los hombres son iguales y están dotados

del derecho a la vida, a la libertad y a la búsqueda de la felicidad, y que para asegurar estos derechos se instituyen los gobiernos cuyos poderes son justos porque son consentidos por los gobernados. Pero allí se considera, además, que cada vez que una forma de gobierno se pone en contradicción con estos fines, el pueblo tiene derecho a modificarla e incluso a abolirla para establecer un nuevo gobierno que respete aquellas verdades o principios fundamentales. La prudencia –se dice– lleva a los pueblos a sufrir males soportables antes que alterar el funcionamiento de los gobiernos, pero cuando los males marcan abusos reiterados que indican un despotismo absoluto, es derecho y deber de la humanidad el rechazar tales gobiernos. Jefferson tomó el cuerpo central de sus ideas de Locke, aunque convirtió los derechos a la salud y la propiedad de este en derecho a la búsqueda de la felicidad. Documentos históricos anteriores, como el *Bill of Rights* de 1689, que condenaba la conducta de Jacobo II en Inglaterra, no se proponían en sus fines el definir los derechos propios a toda la humanidad, aunque tuvieron gran impacto en las declaraciones francesa y americana. El correlato entre derecho internacional y derechos humanos puede encontrarse mucho antes en las discusiones de Francisco de Vitoria y Bartolomé de las Casas acerca de la condición humana de los indígenas del Nuevo Mundo.

El sistema del derecho internacional de los derechos humanos. Durante el siglo XX los derechos humanos tomaron su significado actual más específico, como cuerpo normativo, con la constitución de las Naciones Unidas, que aunque en su Carta de San Francisco de 1945 afirma su fe en los "derechos humanos fundamentales", no llega a definirlos. En 1948 la Asamblea General promulga la *Declaración Universal de Derechos Humanos* proclamando los derechos civiles y políticos junto a los derechos económicos, sociales y culturales. Cuando en abril de 1945 se reunieron los delegados de 50 países en San Francisco para dar forma a la Carta de las Naciones Unidas, aprobada el 24 de octubre de 1945, 20 de esos países eran latinoamericanos y configuraban el mayor bloque regional. Su papel fue determinante para alcanzar una concepción internacional de los derechos humanos. El 30 de abril de 1948 se proclamó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre –la primera declaración de derechos humanos en su sentido estricto como compromiso de naciones– y el 9 de diciembre de 1948, Charles Malik, como portavoz de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, reconoció el papel jugado por los países latinoamericanos en el logro de la Declaración Universal de Derechos Humanos que sería aprobada el día siguiente. Desde entonces, América Latina ha sido muy activa en el campo de los derechos humanos y en la bioética. Complemento de la Declaración Universal fueron la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (1948); la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el Protocolo Facultativo (1966); la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979); la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas crueles, inhumanos o degradantes (1984); y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Además, junto al desarrollo llevado a cabo por las Naciones Unidas en el ámbito mundial, se fueron proclamando sucesivamente diversos acuerdos de tipo regional. El Consejo de Europa elaboró la Convención Europea de los Derechos del Hombre en 1950 estableciendo la Comisión Europea de los Derechos Humanos y el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos; en 1968 el Consejo de la Liga de Estados Árabes decidió establecer una Comisión Árabe Permanente de Derechos Humanos; en 1981 la Organización de Unidad Africana adoptó la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos que, en el artículo 31, estableció la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. La Organización de Estados Americanos adoptó en Bogotá, en 1948, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y en 1969 se firmó la Convención Americana sobre Derechos Humanos, o Pacto de San José de Costa Rica, que estableció la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (v. *Sistema Interamericano de Derechos Humanos*).

Ética y Derechos Humanos. Los derechos humanos expresan en su origen una apreciación de valores, en particular de aquellos que tienen mayor altura o densidad o peso, esto es, mayor jerarquía. Estos valores, cuando son sustentados con la pretensión de ser derechos humanos, son postulados de un modo indiscutible y absoluto, aunque de hecho puedan ser discutidos y no reconocidos. Son postulados como imperativos categóricos si se quiere, pero no de la voluntad autónoma que se vuelve contra sí misma, sino de la conciencia que se rebela contra otras voluntades. Porque si algo caracteriza los derechos humanos, si algo define su esencia tanto en su construcción como en su destrucción, es su carácter inalienable y, por tanto, subversivo del orden de voluntades acordadas en la constitución comunitaria. Los ciudadanos limitan sus voluntades frente a los demás para la organización de un Estado que evite la violencia de unos contra otros, pero hay una esfera de la voluntad que ningún ser humano entrega a los demás para seguir siendo

un ser moral. Esta es la voluntad regida no ya por la razón legisladora del orden social, sino la voluntad ordenada por la conciencia moral y las intuiciones valorativas que el vivir descubre. Las emociones racionalizables de la conciencia moral –es decir las sensaciones que pueden ser unidas a creencias– se convierten en los derechos humanos en exigencias a las instituciones de reconocimientos universalizables o normas de alcance universal. Las emociones no se sujetan a reglas, al menos no a reglas racionales. Las emociones normativas son convicciones intuitivas expresadas como creencias para la acción. De allí que las exigencias de los derechos humanos no se basan en reglas, sino en imperativos de la conciencia, aunque su petición de reconocimiento pueda, en algún momento, sujetarse a reglas. Los derechos humanos son exigencias a las instituciones del respeto moral de valores humanos que se consideran universalizables. Los derechos humanos fundan reglas morales, y no a la inversa, como pretende el principialismo. Por ello los derechos humanos son expresiones referenciales de la conciencia moral. Son exigencias particulares de la conciencia individual sobre las obligaciones institucionales no sujetas a ponderación ni a negociación; por ello, son inalienables, universalizables, absolutos y no negociables. Son inalienables porque nadie puede ser privado de su ejercicio por ninguna razón. Son universalizables porque sus pretensiones de validez pretenden alcanzar el grado más amplio de reconocimiento fáctico posible. Son absolutos porque no reconocen ninguna instancia de subordinación última para la conducta moral. Y son no negociables porque sus enunciados no permiten otra validez que la que se alcance en un reconocimiento desinteresado. Cuando esas exigencias son satisfechas hablamos de respeto de los derechos humanos. Y la vía de reconocimiento institucional de esas exigencias no puede ser sino jurídica en una sociedad de derecho, aunque el que una exigencia no tenga reconocimiento jurídico no supone por ello que pierda su validez. Pero como esas exigencias son frecuentemente violadas, podemos observar que el mundo de la moralidad está en permanente dinámica con el mundo de la inmoralidad. Los derechos humanos son el límite o la barrera entre ambos mundos porque su línea divisoria se aplica a todos los individuos de la especie humana. El reconocimiento de las obligaciones institucionales exigidas por los derechos humanos marca con su amplitud el grado de universalización que alcanzan los supuestos morales de los mismos. Cuando ese reconocimiento tiene fuerza y continuidad institucional, la razón encuentra que los supuestos morales son ahora principios éticos universales. Pero no es en el aspecto *declarativo* de los derechos humanos, ni en su reconocimiento como normas jurídicas donde descansa la esencia de su concepto, sino en las convicciones particularizadas de aquellas exigencias morales entendidas como derecho de todo individuo humano. Por tal razón lo que resta en los sistemas de derechos humanos es garantizar el acceso a la justicia para que todas las personas, con independencia de su origen nacional o étnico, de sus condiciones económicas, sociales y culturales, de su sexo o religión, tengan la posibilidad real de llevar cualquier conflicto de intereses individual o grupal ante el sistema de administración de justicia y de obtener su justa y pronta resolución por tribunales autónomos e independientes (v. *Defensoría del Pueblo; Acceso a la Justicia e Impunidad*).

Bioética y Derechos Humanos. Aunque el vocablo 'bioética' se usó por primera vez en 1970 para designar un nuevo campo dedicado a la sobrevivencia humana y la mejora en la calidad de vida, y aunque el modelo central de la misma se configuró en Estados Unidos desde finales de los años de 1960, los historiadores de la bioética sitúan su punto de partida en el juicio por los experimentos médicos nazis que, en la sentencia de 1947, dio lugar al Código de Nuremberg. Ese mismo año la Organización Mundial de la Salud definía la salud como "*el completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad*"; al año siguiente, la Asociación Médica Mundial aprobaba la Declaración de Ginebra, en el intento históricamente más relevante de actualización del tradicional juramento hipocrático. De esa forma, la bioética y los derechos humanos como movimientos internacionales quedaron asociados estrechamente entre 1947 y 1948 aunque el modo y evolución de esa asociación deba analizarse, porque las relaciones conceptuales entre bioética y derechos humanos han sido entendidas de muy diversas maneras. Así, la bioética y los derechos humanos son vistos como campos tan cercanos que parecieran confundirse, como señalaría el caso de los experimentos nazis, donde el *Código de Nuremberg* es un claro reconocimiento de los derechos humanos que habían sido violados y a la vez el punto de partida histórico de la bioética. La tesis de la vinculación entre derechos humanos y bioética en el campo de la investigación biomédica se observa asimismo como continuidad de lo afirmado en Nuremberg. En el artículo 7 de la *Convención de Derechos Civiles y Políticos*, adoptada por las Naciones Unidas en 1966 y hecha efectiva en 1976, se dice: "*Nadie será sometido a tortura u otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentación médica o científica sin su libre consentimiento*". En un sentido contrario al anterior, sin embargo, la bioética y los derechos humanos han sido presentados como conceptos

desvinculados, como puede observarse en la distinción entre derecho moral y derecho legal a la atención de la salud que se realiza en el ámbito de la bioética de Estados Unidos. Los derechos civiles o libertades individuales, entendidos como derechos 'negativos' de protección y, fundamentalmente, como derechos contra las interferencias del Estado, tendrán un rango diferente al de las obligaciones 'positivas' con respecto a la salud o al medio ambiente. Pese a esas posiciones extremas conducentes al reduccionismo o a la desvinculación entre bioética y derechos humanos, la asociación explícita entre ambos términos en los documentos internacionales ha ido creciendo para culminar con la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la Unesco (2005). Hoy podemos afirmar que la relación entre bioética y derechos humanos ha sido definitivamente establecida (v. *Bioética de los Derechos Humanos*).

[J. C. T.]

Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Héctor Gros Espiell (Uruguay) - *Embajador de Uruguay ante la Unesco*

Orígenes y alcance del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Dada la entrañable y determinante relación que existe entre la bioética y los Derechos Humanos, es indispensable e ineludible que en todo estudio –y, como consecuencia, en todo diccionario de esta– se incluya una descripción o una reseña de los sistemas de protección y garantía de los Derechos Humanos que hoy, luego de una larga y compleja evolución, tienen una vertiente interna, regulada por el derecho estatal, y por una internacional que resulta del derecho internacional. Pero esta vertiente posee, a su vez, una faz con vocación universal, consecuencia del sistema de las Naciones Unidas; y una faz regional. Entre los múltiples sistemas regionales de protección y garantía de los Derechos Humanos, algunos de los cuales resultan de sistemas de integración, se sitúa el Sistema Interamericano. Este sistema, nacido en 1948 como resultado de la Carta de Bogotá, pero precedido por lo que se llamó el Panamericanismo, fue el primer "acuerdo regional" creado con base en lo dispuesto por el artículo 52 de la Carta de las Naciones Unidas. No fue, ni es hoy, un sistema regional latinoamericano, ya que desde su origen se formó con Estados Unidos y los países latinoamericanos, integrándose mucho después con los países caribeños de lengua inglesa y con Canadá. Ya la Carta de la Organización de Estados Americanos en 1948 contenía reiteradas referencias a los derechos humanos. Pero ni los enumeraba ni contenía un sistema específico de protección y garantía. La IX Conferencia Panamericana de Bogotá, en 1948, no sólo adoptó la Carta de la Organización, sino que además aprobó dos textos, de naturaleza declarativa, de importancia para marcar la dirección y el posible desarrollo futuro del sistema regional de declaración, garantía y protección de los Derechos Humanos: la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y la Carta Internacional Americana de Garantías Sociales. Luego de años de inactividad en cuanto al avance del sistema de protección regional americano de los Derechos Humanos, se creó, en 1959, en Santiago de Chile, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y se inició el proceso de redacción de lo que después sería la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Esta Convención fue adoptada en San José por una Conferencia Interamericana Extraordinaria en 1969. Entró en vigencia el 18 de julio de 1978 al obtener las once ratificaciones exigidas (artículo 74 de la Convención). Cuba no es parte. No la ha firmado. Para la Comisión Interamericana, Cuba sigue siendo miembro de la OEA, pese a estar apartada de la organización. La Comisión ha adoptado varios informes sobre Cuba. No la han ratificado aún Estados Unidos, Canadá y algunos de los Estados angloparlantes del Caribe. Trinidad y Tobago, que la había ratificado, la denunció y no forma parte actualmente. El hecho de que Estados Unidos, Canadá y algunos otros países angloparlantes del Caribe no la hayan ratificado, ni es previsible que lo hagan a corto plazo, transforma esta Convención, en los hechos, en un tratado latinoamericano y, en parte, caribeño, pero no íntegramente interamericano. Sin embargo, los países no partes en la Convención, Estados Unidos y Canadá, que interesan políticamente, están ligados, en lo pertinente, en cuanto a la violación de los Derechos Humanos, por la Carta de la Organización y la Declaración Americana sobre Derechos Humanos y Deberes del Hombre. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en cuanto órgano de la Organización, posee competencias respecto de ellos. En 1988 se adoptó en San Salvador el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Económicos, Sociales y Culturales, que ya entró en vigencia. Forman además del sistema convencional regional de protección de los Derechos Humanos los siguientes tratados: Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985), Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relativo a la abolición de la pena de muerte (1990), Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la

Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994). El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, en cuanto tiene como base la Carta de la Organización y la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, posee como órgano de aplicación la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, uno de los órganos previstos en la Carta de la Organización. El sistema así considerado se aplica a los Estados miembros de la Organización, incluso a los que no son partes en la Convención Americana. Es decir que los Estados no partes están sometidos a este régimen, en el que no existe un órgano jurisdiccional (Corte), ni posee una base convencional de protección, con expresas previsiones sobre obligaciones de cumplimiento ineludible, aseguradas por la obligatoriedad de los pronunciamientos de un órgano jurisdiccional: la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos. La Convención Americana sobre Derechos Humanos constituye, para los países partes en la misma, el marco convencional que fija sus obligaciones con respecto a los Derechos Humanos protegidos, que establece el sistema regional de garantía y protección, que organiza el régimen procesal para esa garantía y esa protección, y determina al sistema orgánico, por medio de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, para asegurar tal garantía y protección. Precedida de un Preámbulo, la Convención se divide en una Parte I (Deberes de los Estados, y Derechos Protegidos). Se subdivide esta parte en cinco capítulos: (Derechos de los Estados, Derechos Civiles y Políticos, Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Suspensión de Garantías, Interpretación y Aplicación y Derechos de las Personas). La Parte II se titula Medios de Protección. El Capítulo II trata de los dos órganos competentes: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte (Capítulo VI). El Capítulo VII, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. El VIII, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. El IX se denomina Disposiciones Comunes. La Parte III se titula Disposiciones Generales y Transitorias. Su Capítulo X regula lo relativo a la firma, ratificación, reserva, enmienda, protocolo y denuncia. El Capítulo final, IX, incluye las Disposiciones Transitorias. La enumeración de derechos protegidos no es excluyente de otros derechos (artículos 29 c) y 31). Los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 26) están garantizados específicamente por el Protocolo de San Salvador.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos se compone de siete miembros elegidos por la Asamblea General para un periodo de cuatro años. Son reelegibles una vez. Sus competencias incluyen la recepción de peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de la Convención por parte de cualquier persona o grupo de personas o entidad no gubernamental legalmente constituída en uno o más Estados miembros de la Organización (artículo 44). Puede también recibir denuncias de un Estado Parte contra otro Estado Parte (artículo 45). Para que una petición sea admitida es preciso el cumplimiento de una serie de requisitos, entre ellos la interposición y agotamiento de los recursos de la jurisdicción interna (artículo 46). El procedimiento ante la Comisión (artículos 47-51) finaliza con un informe.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. La Corte Interamericana está integrada por siete miembros elegidos por los Estados Partes, en la Convención, para un periodo de seis años. Pueden ser reelegidos una vez. La Corte tiene una competencia consultiva (artículo 64) y una contenciosa. Esta última competencia requiere la aceptación expresa de reconocimiento de la misma por el Estado (artículo 62). El fallo de la Corte es definitivo e inapelable (artículo 67) y los Estados Partes se comprometen a aceptarlo y cumplirlo (artículo 68). Solo los Estados Partes y la Comisión tienen derecho a someter un caso a la decisión de la Corte (artículo 61). Es decir, que las víctimas y las personas físicas y jurídicas que pueden presentarse a la Comisión (artículo 44) no pueden hacerlo ante la Corte, aunque, por vía jurisprudencial primero y reglamentaria después, pueden actuar en el procedimiento, luego de que un caso haya sido sometido por un Estado Parte o por la Comisión a la Corte y haya sido admitido a trámite por esta (artículos 61, 48-50).

Derechos Humanos y Democracia. Los Derechos Humanos y la democracia forman, en el Sistema Interamericano, un binomio ineludible. No se concibe la democracia sin la vigencia efectiva de los Derechos Humanos. Y no pueden existir real y efectivamente los Derechos Humanos sin la democracia. Este binomio se completa con la existencia necesaria de un Estado de Derecho. La Carta Democrática Interamericana, texto declarativo, adoptado en Lima en 2003, afirma la existencia de un derecho a la democracia. Hoy, además de la cuestión de la pobreza inaceptable, que afecta tan negativamente toda la cuestión de los Derechos Humanos, hay dos temas de ineludible consideración: las poblaciones indígenas y las mujeres. Mientras no se elimine en muchos Estados americanos la discriminación real y la exclusión de las poblaciones indígenas, y mientras no se supere la situación de inferioridad social, educacional y laboral de las mujeres, los Derechos Humanos en América no serán plenamente algo cierto, real y

vivo. Serán solo expresiones de una ficción jurídica y de una hipocresía política. Los Derechos Humanos, en el Sistema Interamericano, implican el reconocimiento de la igualdad ante la ley y el derecho, sin discriminación, a la igual protección de la ley. La Convención Interamericana de Derechos Humanos proclama y garantiza específicamente este derecho (artículo 24).

Realidad y futuro del sistema. ¿Qué valor efectivo ha tenido y tiene el sistema regional americano de protección de los Derechos Humanos? ¿Cuál ha sido su contribución real al mejoramiento de los Derechos Humanos en América? La respuesta a estas preguntas importa y supone hacer un juicio sobre los efectos que el régimen de protección regional de los Derechos Humanos ha tenido sobre el respeto real y efectivo de los Derechos Humanos en la región y sobre la situación actual de la Democracia en el Continente. Hoy el Sistema Interamericano no puede concebirse sin pensar en que es, y sobre todo debe aspirar a ser, un sistema de protección regional de los Derechos Humanos. Es un sistema regional que debe conciliarse y armonizarse con el sistema universal, organizado por las Naciones Unidas. El Sistema Interamericano se basa en la democracia y el Estado de Derecho, de garantía y protección de todos los Derechos Humanos. No hay duda de que la situación de los Derechos Humanos ha mejorado algo, en términos relativos, después de 1948, de 1958, de 1969 y de 1978. Sobrevivió, herido, a los años terribles de las dictaduras del Cono Sur, a los gobiernos militares de Brasil, a las dictaduras caribeñas y a tantas otras situaciones negativas. Esta mejoría parcial, lenta y a veces traumática, es tributaria de la actuación de los órganos regionales de protección de los Derechos Humanos. Actuación en términos generales positiva, en especial por obra de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Pero el Sistema es lento en su funcionamiento, parcial y relativo en su eficacia, y no tiene casi nunca efectos generales de incidencia real en la situación efectiva de los Derechos Humanos. Hay que mantenerlo y creer en él, mejorarlo y lograr una política general de la OEA que, sin ficciones, impulse y profundice el proceso. Las críticas al funcionamiento del sistema deben ser analizadas sin negativismos condicionantes, aprovechando los resultados de la experiencia propia y del desarrollo de otros sistemas regionales. La no participación de Estados Unidos, ni de Canadá, en el sistema convencional basado en la Convención Americana de Derechos Humanos, aunque lamentable, no debe ser vista como un elemento castrador, sino como la proyección de una realidad política que caracteriza la cuestión en el continente. Como es en la realidad, puede y debe seguir funcionando, aunque mejorando y desarrollándose. En el desarrollo futuro del sistema, no podrá faltar lo relativo al tema bioético, excluido hasta hoy inexplicable y absurdamente, ni un tratamiento expreso en su relación con los Derechos Humanos en el Sistema Interamericano.

Defensoría del Pueblo (Nacionales)

Eduardo Mondino (Argentina) - *Defensor del Pueblo de la Nación*

Orígenes del ombudsman. La institución del ombudsman, también conocida como Defensor del Pueblo, Procurador de los Derechos Humanos, Procurador de los Derechos del Ciudadano, Comisionado del Parlamento, Proveedor de Justicia, etc., encuentra su origen en el ordenamiento jurídico sueco en la Constitución de 1809, que incorporó la figura como representante del Parlamento, con la función de velar por el cumplimiento de la ley y de proteger a los ciudadanos en su relación con el poder administrador. Durante el siglo XX la figura del ombudsman se difundió por el mundo. En una primera etapa fue incorporada por los ordenamientos jurídicos de otros países nórdicos: Finlandia (1919), Dinamarca (1953) y Noruega (1962). Finalmente, su anclaje constitucional en el régimen danés fue lo que concitó el interés por la institución en el nivel internacional. El ombudsman –adaptado según las necesidades propias de cada país– tuvo amplia aceptación en otros países de Europa y el mundo anglosajón a partir de la Segunda Guerra Mundial. Ejemplo de ello son Nueva Zelanda (1962), Reino Unido (1967), Tanzania (1968), Israel (1971), Francia (1973), Portugal (1975), Austria (1971), España (1978) y los Países Bajos (1981). Algunos tienen la calidad de nacionales y otros son municipales, regionales, provinciales e inclusive sectoriales. El momento clave en la evolución de la institución fue su incorporación al régimen portugués en 1975 y al español en 1978, pues a partir de ese entonces el ombudsman tuvo a su cargo la defensa de los derechos humanos y se replicó en los sistemas jurídico-políticos de América Latina y el Caribe. En 1995 se creó el Defensor del Pueblo Europeo, elegido por el Parlamento Europeo, quien investiga las reclamaciones relativas a la mala administración en la acción de las instituciones y órganos de la Unión Europea. Entre estas instituciones se incluyen la Comisión Europea, el Consejo de la Unión Europea y el Parlamento Europeo.

Las Defensorías del Pueblo en América Latina. En la región latinoamericana fueron surgiendo paulatinamente las Oficinas de Ombudsman en Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Bermuda, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá,

Paraguay, Perú, Puerto Rico, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, y Venezuela, cuyas características más salientes son las que se detallan a continuación. En Antigua y Barbuda, los dos Parlamentos eligen al ombudsman y una resolución fija el tiempo de su mandato. Su Oficina trabaja en forma independiente de la magistratura y del director de Juicios Públicos y entrega recomendaciones al gobierno, conforme las investigaciones de las quejas presentadas por los ciudadanos. En Barbados, el ombudsman se creó en 1981. Sus funciones son investigar y presentar informes sobre las denuncias de conducta administrativa impropia, arbitraria o inadecuada. Normalmente, no puede investigar un caso en que el querellante disponga de otros medios legales para obtener reparación. En Brasil, en marzo de 1991 se creó la primera Ouvidoria Estadual en el Estado de Paraná. En febrero de 2003, con el propósito de tornar más transparante el ejercicio funcional del agente público, fue creada la Secretaria Especial de Corregedoria e Ouvidoria do Estado do Paraná, ampliando sus atribuciones, las que también se extenderían a realizar inspecciones y procedimientos en curso en la Adminsitración Pública del Poder Ejecutivo de dicho Estado. En Colombia, la Defensoría del Pueblo se creó en 1992, con el objetivo de velar por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los Derechos Humanos. Es atribución del Defensor difundir el conocimiento de la Constitución Política de Colombia, en especial los derechos fundamentales, sociales, económicos, culturales, colectivos y del ambiente. En Guatemala, el Procurador de los Derechos Humanos es un Comisionado del Congreso de la República para la defensa de los Derechos Humanos establecidos en la Constitución Política de la República de Guatemala y los tratados y convenciones internacionales aceptados y ratificados por Guatemala. En Guyana, el ombudsman (Comisionado) actúa como una alternativa gratuita y directa de mediación entre el Estado y el ciudadano. Su misión es promover la seguridad y la integridad de todos los habitantes del país. En Jamaica, la Oficina de Defensoría Pública se aprobó en 1999. Está integrada por un comité parlamentario cuyo rol principal es investigar imputaciones sobre injusticias o violaciones a la Constitución cometidas por entidades gubernamentales en contra de la ciudadanía. En México, en 1990 nació una institución denominada Comisión Nacional de Derechos Humanos, elevada en 1992 a rango constitucional. En 1999 dicho organismo nacional se constituyó en una institución con plena autonomía de gestión y presupuestaria. En Panamá, se promulgó la Ley 7 de 5 de febrero de 1997, por la cual se creó la Defensoría del Pueblo. La misma está facultada para inquirir sobre actos, hechos u omisiones de la administración pública (incluso gobiernos locales y fuerza pública) que pudiesen haberse realizado irregularmente; investigar y denunciar hechos, actos u omisiones de las empresas públicas, mixtas o privadas, personas naturales o jurídicas, que desarrollen un servicio público por concesión o autorización administrativa; recomendar anteproyectos de ley, atender situaciones que afecten los derechos humanos y promover, ante la autoridad respectiva, que se subsanen las condiciones existentes. En Perú, la Defensoría del Pueblo es un órgano constitucional autónomo creado por la Constitución de 1993. Su misión es proteger los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad, supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración pública y la prestación de los servicios públicos a la ciudadanía. En Venezuela, a partir del proceso electoral de 1998, y con el referendo del pueblo, la Constitución concibe una estructura de cinco poderes públicos, entre ellos el Poder Ciudadano, con la Defensoría del Pueblo como uno de sus tres componentes. En general, la Defensoría del Pueblo tiene a su cargo la promoción, defensa y vigilancia de los derechos humanos. En la República Argentina, si bien el ombudsman nació a través de la Ley 24284, la figura fue incluida en el rango constitucional en el proceso de reforma de 1994. Su misión es la defensa y protección de los derechos humanos y los demás derechos, garantías e intereses tutelados en la Constitución y en las leyes, así como el control del ejercicio de las funciones administrativas públicas. A tal efecto, puede realizar investigaciones conducentes al esclarecimiento de los actos, hechos u omisiones de la administración pública y sus agentes, ante violaciones a los derechos humanos y el ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, abusivo, arbitrario, discriminatorio, negligente, gravemente inconveniente o inoportuno de sus funciones, incluidos aquellos capaces de afectar los intereses difusos o colectivos. Asimismo, tiene legitimación procesal.

La defensa de los derechos humanos y la democracia. En la actualidad podemos apreciar que la región asiste al robustecimiento de la institución del Defensor del Pueblo, lo cual se expresa en su instalación como baluarte de la defensa de los derechos humanos y su reconocimiento en las instituciones restantes y en el seno de la sociedad. No puede dejar de destacarse que la relevancia institucional que han adquirido los Defensores del Pueblo nacionales tiene su correlato inmediato en su organización regional e internacional, lo cual hace factible la permanente articulación apta para el intercambio y el enlace de ideas, acciones y dinámicas, y para la protección de la vigencia de las instituciones democráticas. En 1994, a instancias del Defensor español, se promovió la creación de la Federación Iberoamericana de Ombudsman (FIO).

Esta organización, fundada con el objetivo de la promoción y fortalecimiento de la figura del ombudsman en toda la región latinoamericana, muestra una gran vitalidad y se ha hecho presente en todos los foros y reuniones internacionales dedicados a la implantación y generalización de los Derechos Humanos. Reúne a quince instituciones nacionales de Latinoamérica (Argentina, Honduras, Brasil (Paraná), México, Bolivia, Nicaragua, Colombia, Paraguay, Costa Rica, Perú, Ecuador, El Salvador, Puerto Rico, Venezuela, Guatemala), a tres de la Península Ibérica (España, Portugal y Andorra) y a más de sesenta y cinco Defensorías estatales y municipales. El Instituto Internacional del Ombudsman (IOI), creado en 1978, es una organización internacional de Oficinas de Ombudsman. Se creó como una organización sin fines de lucro conforme a la Ley de Sociedades de Canadá; como tal, tiene rango de persona física legal. Los miembros con derecho a voto son las oficinas de ombudsman independientes del sector público ubicadas alrededor del mundo.

Defensoría del Pueblo (Provinciales)

Carlos Niccolini (Argentina) - *Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires*

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Reconocida también en la Constitución Nacional Argentina, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con una Defensoría del Pueblo. La esencia de la Defensoría se inspira en la figura del ombudsman, institución surgida a fines del siglo XVIII en algunos países europeos, dedicada a la defensa de los derechos y al control de las gestiones de gobierno. La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires fue creada por la Ley 3, promulgada por la Legislatura de la ciudad. Como organismo independiente, goza de plena autonomía funcional y autarquía financiera, y ejerce sus funciones sin recibir instrucciones de ninguna autoridad. Su misión se concentra en la defensa, protección y promoción de los derechos humanos y demás derechos y garantías e intereses individuales, colectivos y difusos tutelados en la Constitución Nacional, la Constitución de la Ciudad y las leyes vigentes, frente a los actos, hechos u omisiones que los vulneren, sean de la administración, de prestadores de servicios públicos, de las fuerzas que ejerzan funciones de policía de seguridad local, incluidos los actos administrativos de los poderes Judicial, Legislativo y órganos de control. Para desempeñar su misión y funciones, la Constitución otorga al Defensor del Pueblo legitimación procesal, es decir, que puede promover acciones ante los tribunales y estar en juicio en defensa de estos derechos. Esta institución media entre la población y la administración al remover las trabas burocráticas que dificultan el acceso a la información y al ejercicio de los derechos. Es su característica la informalidad y la gratuidad en la tramitación de los reclamos, lo cual brinda a los habitantes un mecanismo más ágil para vehiculizar sus quejas; asimismo, sirve de instrumento para el mejoramiento de la calidad de las instituciones democráticas. Este organismo ejerce sus funciones mediante acciones conducentes a esclarecer o rectificar actos o situaciones que impliquen una violación o daño sobre los derechos de las personas, entre ellas la realización de investigaciones iniciadas por denuncias o promovidas de oficio por el organismo, la remisión de sugerencias o recomendaciones a las instituciones comprometidas, la promoción de las correspondientes acciones legales ante la justicia local o nacional, y el ejercicio de sus facultades de iniciativa legislativa para modificar las leyes locales o prácticas administrativas que den lugar a la vulneración de los derechos. En el cumplimiento de sus funciones, la Defensoría del Pueblo puede solicitar vistas de expedientes y archivos, realizar inspecciones en los entes bajo su control, solicitar la realización de pericias, asistir a las comisiones y juntas de la Legislatura, ejercer la iniciativa legislativa y promover acciones judiciales. El Defensor o la Defensora titular del organismo son asistidos por cuatro Defensores Adjuntos, cuyas gestiones responden a distintas áreas de incumbencia: educación, salud, trabajo, personas mayores, personas con necesidades especiales, seguridad social, derechos humanos, institutos carcelarios, medio ambiente, derechos de los niños y adolescentes, de las mujeres, minorías y de la libertad de expresión, consumidores, cultura, usuarios, entre otras.

La protección del Derecho a la Salud. El derecho a la salud ha sido consagrado mundialmente por diversos tratados internacionales, a los cuales ha adherido Argentina, incorporándolos a su Constitución. La adhesión a estos pactos obliga a los estados parte a adoptar acciones positivas para garantizar y hacer efectivo ese derecho, creando las condiciones necesarias para asegurar a todos los ciudadanos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad, y el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reproduce aquellos principios que regulan el ejercicio del derecho a la salud, garantizando en el artículo 20: "*... el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente*". Asimismo, considera el gasto público en salud como

una inversión prioritaria, al tiempo que asegura "*...a través del área estatal de salud las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad*". La sanción de la Ley Básica de Salud, Ley 3 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ratifica y garantiza el derecho a la salud integral priorizando la cobertura universal de la población y el acceso y uso equitativos de los servicios; entiende al sistema de salud integrado por los efectores de los tres subsistemas (público, de la seguridad social y privado); dispone la adecuación de la respuesta sanitaria a las diversas necesidades; contempla el acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual; promueve la participación democrática de la población en los niveles de decisión, acción y control en los servicios de salud, tendiendo a evitar y compensar las desigualdades sociales y a mejorar la calidad de vida de la comunidad. Con esa finalidad, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un área específica dedicada a las temáticas de salud y discapacidad. El Área de Derecho a la Salud e Integración Social está compuesta por la Oficina de Salud y por el CAPNE (Centro de Atención de Personas con Necesidades Especiales). La Oficina de Salud tramita los reclamos relativos a los obstáculos en el acceso a la atención, en cualquiera de los tres subsectores (público, de la seguridad social y privado), entendiendo la salud como un derecho en su integralidad biopsicosocial. El CAPNE interviene ante la vulneración de los derechos específicos de las personas con necesidades especiales, propendiendo a la equiparación de sus oportunidades. Los reclamos que se tramitan en el área son presentados por vecinos, organizaciones sociales o iniciadas de oficio, por el jefe responsable. Implican la realización de trámites formales (oficios/cédulas, pedidos de informes, resoluciones), gestiones informales (comunicaciones telefónicas ante organismos y efectores) y la atención personalizada de los presentantes. Pueden incluir visitas e inspecciones a efectores de salud de los tres subsectores para corroborar in situ la denuncia, así como disponer citaciones y reuniones con funcionarios y autoridades de los tres subsectores. En los casos que lo ameritan, se emiten recomendaciones. Otras actividades de la oficina de salud son la atención y asesoramiento a las consultas de vecinos (sin trámite) recibidas por teléfono, por e-mail y en forma personal; la realización de relevamientos, inspecciones, visitas y entrevistas con funcionarios; la organización de encuentros de trabajo y consulta a especialistas para temas complejos (consenso de expertos); el desarrollo de instancias de capacitación y promoción de derechos de los usuarios dirigido a trabajadores de la salud del subsector público; la difusión de normativas vigentes a través de la entrega en efectores públicos de compendios normativos confeccionados desde el área; el desarrollo de actividades de debate, divulgación y promoción de derechos, talleres, campañas de afiches y folletería dirigidas a la población en general y a organizaciones de la sociedad civil, con el objeto de estimular la participación social en la temática de salud. En hospitales y centros de salud dependientes del GCBA, esta área puede intervenir ante situaciones de maltrato o discriminación en la atención; excesiva demora en la obtención de turnos para atención, estudios o cirugías; falta de provisión de medicamentos, insumos y prótesis recetados; exigencia de pago de arancel en concepto de atención o práctica; negativa de atención por no poseer documento argentino o residir fuera de la jurisdicción de la CABA; negativa de atención de menores sin documento o sin acompañamiento de adultos; falta de provisión de métodos anticonceptivos o negativa de realización de prácticas vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos; negativa de entrega de copia o resumen de historia clínica; reclamos por déficit de mantenimiento (edilicio, de aparatología). Asimismo, se atienden los reclamos de beneficiarios de obras sociales o empresa de medicina prepaga, cuando estas incumplan las prestaciones obligatorias fijadas por las leyes vigentes. En relación con la vulneración de los derechos específicos de las personas con necesidades especiales, el CAPNE interviene ante reclamos referidos a la seguridad social, el acceso a la salud integral, el derecho a la accesibilidad física, urbanística, arquitectónica y del transporte público, solicitudes de certificado de discapacidad, derecho a la integración laboral, y reclamos sobre transporte público.

Acceso a la justicia e impunidad

Horacio Ravenna (Argentina) - *Asamblea Permanente por los Derechos Humanos*

Introducción. Desarrollar el tema de la bioética desde los derechos humanos y la impunidad requiere definir el concepto de derechos humanos. Estos no deben ser sólo el establecimiento de normas obligatorias que protejan bienes o valores que la sociedad considere como tal, sino que deben tener el elemento caracterizante de ser el Estado el garante de su respeto y vigencia, el rol del Estado como obligado –por acción o por omisión– es la característica distintiva de los derechos humanos. Aquí se vincula la bioética con los derechos humanos y se señalan las obligaciones del

Estado. En la obligación de garantizar el acceso a la salud, el Estado tiene un compromiso indelegable, en conflicto con la relatividad que la comunidad internacional, en especial los países desarrollados, atribuye a los derechos económicos, sociales y culturales (en adelante DESC), entre ellos el derecho a la salud. Por eso se evalúan los mecanismos habituales de reconocimiento y habilitación del ejercicio médico y la necesidad de llevar las cuestiones de los derechos humanos hacia el interior de su propia profesión. Desde Nuremberg, la participación de los médicos, junto a militares, policías, jueces y sacerdotes en la represión y la tortura, ha sido investigada y sancionada. Tanto hoy en Guantánamo o en los barcos que en alta mar mantienen en condición de desaparecidos a cientos de personas, como ayer en las dictaduras militares de los años de 1970, junto a los torturadores, hay también médicos que asisten y diseñan la efectividad del tormento. Por eso deben analizarse los elementos constitutivos de la impunidad, la falta de voluntad o intencionalidad de no sanción y analizar la posición de la ONU frente a esta circunstancia. Además de la voluntad político-jurídica de la sanción, se deben repensar los programas de estudios, mejorar y ampliar las facultades de actuación de los colegios profesionales y democratizar las asociaciones de los trabajadores de la salud incorporando la representación de los usuarios.

Concepto de Derechos Humanos. El establecimiento en la Declaración Universal de Derechos Humanos de que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos es el establecimiento de un nuevo paradigma: la igualdad. Entender la profundidad de ese concepto requiere recordar que se adoptó después que el mundo conoció el horror de dos guerras mundiales y como respuesta al racismo con pretensiones de fundamentación científica. Este mandato implica el reconocimiento universal de un conjunto de derechos inherentes a la persona humana, que los Estados están obligados a respetar y garantizar. Desde esta perspectiva, el ser humano es titular de un conjunto de derechos oponibles erga omnes, independientemente de los diversos regímenes político-institucionales. En este marco, el Estado está obligado a garantizar ese conjunto de derechos a través de políticas activas, reparando las violaciones causadas por acciones u omisiones. Esta obligación se basa en que los derechos humanos constituyen una delegación de soberanía de los Estados. Esta delegación consiste en una limitación que la comunidad de naciones, reunida en el marco de las Naciones Unidas, impone a los Estados a partir de 1945. La antigua noción de la soberanía como un poder sin condicionamientos, dentro de un territorio dado, hace tiempo que ha quedado desestimada dentro de la doctrina política. El aumento de la interdependencia internacional y el desarrollo en el campo del derecho internacional y de los derechos humanos han limitado la potestad estatal. La globalización acarreó el debilitamiento del Estado en el cumplimiento de sus funciones básicas: seguridad, educación y salud, en detrimento de los más débiles y vulnerables. Por eso es necesario fortalecer la posibilidad de las decisiones comunitarias autónomas, continuar con el fortalecimiento del derecho internacional de los derechos humanos y establecer sobre todo la operatividad de los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la salud. Por esto –sostiene Tealdi–, la respuesta al discurso ideológico de la globalización moral debe ser la unidad nacional y regional para el diálogo en bioética. En consecuencia, es necesario alcanzar una bioética argentina y latinoamericana unida frente a los problemas morales que la realidad impone a diario (Tealdi, 2003). Lo que para Tealdi es la necesidad de alcanzar una bioética latinoamericana unida como respuesta a la globalización moral tiene su paralelismo cuando se afirma que el principio de universalidad argüido para imponer un modelo hegemónico debe equilibrarse con el respeto a la diversidad cultural, integrándolo con los valores de indivisibilidad e interdependencia de todos los derechos humanos.

Bioética y Derechos Humanos. Romeo Casabona sostiene que la bioética es un poderosísimo pero todavía potencial instrumento intelectual de reflexión, de elaboración de criterios de orientación y de punto de partida para la toma de decisiones oponibles a las tentaciones de los excesos del Estado, de los poderes fácticos difusos de presión (políticos, económicos, industriales) y, si fuera necesario, de los propios investigadores. "*Frente a las experiencias negativas del pasado es posible asumir hoy un prudente optimismo que permita conjurar la sociedad biócrata a favor del hombre bioético*" (Romeo Casabona, 1994). En la identificación de nuevos derechos humanos, o al menos de las nuevas perspectivas que ofrecen en relación con los avances científicos, ha significado un paso cualitativo el Convenio del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos y Biomedicina del 4 de abril de 1997. Además, con fuerza moral fuente del *ius cogens* están la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (Unesco, 1997), la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (Unesco, 2003), y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Unesco, 2005). La rápida internacionalización jurídica se explica porque ha ocurrido lo propio con la investigación científica en torno al genoma humano y de los debates éticos que han suscitado los resultados de esas

investigaciones. Los problemas bioéticos son una convergencia entre hechos biológicos y medios instrumentales, por un lado, y valores, por el otro, que, convertidos en *bienes jurídicamente protegidos*, constituyen la necesidad de la presencia y regulación del Estado. Uno de los principios fundamentales de la bioética es la autonomía. La autonomía proclama el respeto por la persona e implica el deber de no coartar las decisiones individuales. Propone considerar al paciente como agente responsable en la atención de la salud, capaz de saber y decidir. Es el reconocimiento de que cada ser humano tiene el derecho a determinar su propio destino vital, con el respeto a sus propias valoraciones y a su visión de mundo, incluso aunque se tenga la plena convicción de que son erróneas y de que son potencialmente perjudiciales para él. El principio de autonomía puede entrar en conflicto con el de beneficencia, propio de la ética médica tradicional, que implica no perjudicar al paciente ni ocasionarle el mal y obliga al profesional empeñarse al máximo en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud en la forma que considere más adecuada. A fin de armonizarlos, se recurre al principio de justicia que, junto con el de beneficencia y autonomía, configura el consenso mínimo ético para abordar los conflictos que surgen de las ciencias biomédicas. Por esa vía, se introduce el concepto de balance o ponderación, fundado en la estimación de riesgos y beneficios, procedimiento de decisión en biomedicina que, en general, responde al concepto evaluativo de calidad de vida e intenta resolver la falsa antinomia entre médico y paciente. Así se visualiza la conexión entre ciencia y ética, y entre derecho a la salud y bioética.

La salud como derecho humano. El derecho internacional de los derechos humanos reconoce el derecho a la salud en varios de sus instrumentos. El inciso 1º del artículo 25 de la Declaración Universal de la ONU (1948) dice: "1. *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad*". El inciso 1º del artículo 27 dice: "1. *Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten*". Con referencia a la normativa convencional, el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (PDESC) establece: "*1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad*". Completando este derecho y en consonancia con el artículo 27 de la Declaración, el artículo 15 del Pacto dice: "*1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a. Participar en la vida cultural; b. Gozar de los beneficios el progreso científico y de sus aplicaciones; c. Beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora. 2. Entre las medidas que los Estados Partes en el presente Pacto deberán adoptar para asegurar el pleno ejercicio de este derecho, figurarán las necesarias para la conservación, el desarrollo y la difusión de la ciencia y de la cultura. 3. Los Estados Partes en el presente Pacto, se comprometen a respetar la indispensable libertad para la investigación científica y para la actividad creadora. 4. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen los beneficios que derivan del fomento y desarrollo de la cooperación y de las relaciones internacionales en cuestiones científicas y culturales*". El inciso 4 de este artículo es un instrumento legítimo para amortiguar el concepto de gradualidad que limita el pleno disfrute de los DESC. Los Estados están comprometidos a fomentar y desarrollar la cooperación internacional en cuestiones científicas. El artículo 5, inciso 1, de la Convención Americana de Derechos Humanos dice: "*Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral*". La reforma constitucional de 1994 en Argentina garantiza la protección de la salud dentro de los bienes y servicios al reconocer el derecho de los consumidores en el nuevo artículo 42. En su interpretación contextual, este artículo se integra con el inciso 22 del artículo 75 que otorga rango constitucional a todos los pactos de derechos humanos ratificados por nuestro país a esa fecha. El actual debate en Naciones Unidas para la implementación de un Protocolo Facultativo al PDESC está enmarcado en la gradualidad que de manera tan clara determina el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos: "*Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se*

derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura..., en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados".

Concepto de impunidad. La lucha por la vigencia y el respeto de los derechos humanos tiene su contracara en las acciones y omisiones tendientes a garantizar la impunidad como falta de voluntad política y jurídica de sancionar a los responsables. En esa línea de preocupación, las Naciones Unidas han designado dos relatores que realizaron sendos informes sobre la cuestión de la impunidad: uno sobre los derechos civiles y políticos y otro sobre los económicos, sociales y culturales. En la cuestión de la impunidad en la violación de los derechos civiles y políticos, el experto Louis Joinet reconoce cuatro principios básicos: 1. El derecho a saber. 2. El derecho a la justicia. 3. El derecho a la reparación. 4. La garantía de no repetición de las violaciones. En lo tocante a los derechos económicos, sociales y culturales, su relator El Hadji Guissé estableció que entre las prácticas que originan violaciones de los DESC pueden mencionarse la deuda, los programas de ajuste estructural, la corrupción, el fraude fiscal y de derechos arancelarios y otros delitos económicos, cuyas consecuencias acarrean violaciones de los derechos colectivos o comunales; violaciones de los DESC individuales; violaciones de los DESC de grupos vulnerables. En lo referente al concepto de impunidad, en la búsqueda de alcanzar una definición abarcativa de ambos informes, podemos mencionar las Conclusiones del Seminario Internacional realizado en Chile en 1996 que dice: "*La impunidad es, en lo inmediato, la renuncia a la sanción penal a los violadores de los derechos humanos, y sus consecuencias afectan a la sociedad en su conjunto... Es la institucionalización de la injusticia por quienes están llamados a hacer justicia*". (VV, 1996). Si analizamos los elementos que esta definición brinda, tenemos: a) renuncia a la sanción penal: puede ser de cualquiera de las formas a las que nos referimos anteriormente pero todas denotan que por propia voluntad o impuesto por la fuerza se renuncia a la sanción penal a los violadores; b) institucionalización de la injusticia por quienes están obligados a hacer justicia, esto es denegatoria de justicia, es violatorio de todos los pactos internacionales y prácticamente de todas las constituciones y legislaciones de nuestros países; c) por último, esta definición afirma que sus consecuencias afectan a la sociedad en su conjunto. Este último concepto no requiere comentarios, baste referir lo que significa para muchos de nuestros países, en el propio desarrollo del proceso democrático, convivir diariamente con los genocidas. El citado jurista francés, en el Informe final acerca de la cuestión de la impunidad de los autores de violaciones de los derechos humanos, que presentó a la Comisión de Derechos Humanos de la ONU en 1998, intenta la siguiente definición: "*Por impunidad se entiende la inexistencia, de hecho o de derecho, de responsabilidad penal por parte de los autores de violaciones de los derechos humanos, así como de responsabilidad civil, administrativa o disciplinaria, porque escapan a toda investigación con miras a su inculpación, detención, procesamiento y, en caso de ser reconocidos culpables, condena a penas apropiadas, incluso a la indemnización del daño causado a sus víctimas*". Pueden verse los elementos que refiere: a) que la inexistencia de responsabilidad penal puede ser de hecho o de derecho; b) que de esta forma escapan a toda investigación tendiente a la condena penal o aun a la condena civil de indemnización del daño causado a sus víctimas; y c) que así escapan a toda responsabilidad no solo penal, sino también civil, administrativa o disciplinaria.

La pérdida de la confianza y el modelo médico hegemónico. En el imaginario social, es la atención médica el motivo fundamental de las condiciones de salud y no el mejoramiento de la calidad de vida. Esta concepción, que asigna superioridad al saber médico por sobre todo otro factor, ha sido llamada Modelo Médico Hegemónico por el antropólogo Eduardo Menéndez, que lo define como: "*Aquel conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas al momento dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado*" (Menéndez, 1985). Sus rasgos estructurales son: "*Biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico*" (Villalpando, 2005). Para luchar contra ello es fundamental la implementación de mecanismos de participación de todos los sectores sociales para revertir las actuales pautas culturales. Estas pautas priorizan la renta y el uso de aparatología sofisticada antes que el mejoramiento de las condiciones socioculturales, preventivas y de bienestar, alejadas de la comercialización de la salud, y la búsqueda de cuerpos sanos en ciudadanos con disfrute pleno de los derechos humanos en su integridad e indivisibilidad. La violación de los derechos humanos, la mercantilización y la discriminación reclaman normatizar principios éticos para regular la investigación y la práctica, ajustados a los valores sociales, para rescatar la

transparencia de las decisiones y recuperar la confianza como forma de construir la legitimidad. El debate actual de la bioética se caracteriza por el significado de la confianza y su rol social en el colectivo social (Wilson, 2003). El debate sobre la confianza debe ofrecer capacidad de análisis a las políticas de salud explorando sus significados y las bases que sostienen la confianza y su relación con el sistema. Debe tenerse muy en cuenta que la gente valoriza el sistema de salud no solo por el cuidado que reciben en tiempos de enfermedad, sino también por la contribución que el sistema hace al bienestar de la sociedad en su conjunto. El Estado juega un rol central en el control del sistema de salud y en la creación de acuerdos o la configuración de acciones encadenadas, pero esta función solo es efectiva si sus acciones son vistas como legítimas. Para establecer esa legitimidad en las acciones del Estado, es necesario construir la confianza en este y en sus instituciones. La construcción de la confianza en el sistema de salud requiere asegurar las relaciones personales, sobre todo entre los pacientes y los proveedores de la salud, y proteger a los más pobres de los poderosos, articulando las relaciones del sistema de salud. La construcción de legitimidad requiere toma de decisiones transparentes en busca de asegurar la equidad.

Los mecanismos de control vigentes y sus agentes. A fin de revertir esta situación, es fundamental que el control de la educación y el ejercicio profesional de excelencia se les garantice normativamente a las universidades y colegios médicos, respectivamente. La provisión de autorización para ejercer la medicina es normalmente regulada en legislaciones específicas relativas a la práctica médica o en un conjunto de leyes con otras profesiones de la salud. El poder está usualmente radicado en el Ministerio de Salud; algunas veces el Ministerio de Educación tiene alguna responsabilidad y facultades específicas para otorgar diplomas. Las universidades y los colegios médicos profesionales tienen un interés primordial en todos los aspectos del otorgamiento de diplomas y regulación de la profesión médica. En la mundialización, los cambios políticos importantes fueron liderados por el acceso al conocimiento, el desarrollo de los avances científicos y los cambios en la educación médica. Entre las características de las últimas décadas se destaca la aparición de los consumidores en el mercado de salud, nucleados en las organizaciones defensoras de sus derechos específicos así como en activos lobbistas. La búsqueda de similares pautas de aprendizaje y el otorgamiento de diploma en la región es un objetivo mediato para unificar criterios y fortalecer la confianza en los agentes de la salud. En la Comunidad Económica Europea, la Federación Mundial de Educación Médica ha establecido estándares internacionales en educación médica básica para asegurar un mínimo de calidad nacional e internacional. También está intentando que tanto las escuelas médicas como los comités de revisión utilicen una guía mundial de autoevaluación de sus programas educativos y control, respectivamente. Si ello se implementara, sería un paso importante hacia el logro del mutuo reconocimiento de diplomas. El código de ética como facultad propia de los colegios médicos no se ocupa de la responsabilidad del profesional en un sentido estricto, ya que regula la relación del médico con la medicina. Solo importa, en última instancia, cuáles conductas del galeno contravienen la imagen y los intereses, o los objetivos y los criterios científicos de la disciplina hipocrática. De allí se deducen varias conclusiones: 1. Que la sanción ética puede coexistir con las penas civiles o criminales, sin funcionar el principio de doble juzgamiento. 2. Que la acción y el impulso de la instancia en materia de ética profesional serán siempre de oficio, sin menoscabo de la eventual aceptación de denuncias. Lo único que debe considerar el tribunal de ética es el daño causado a la medicina, no a sujetos concretos o a instituciones que son del ámbito del derecho civil y penal. 3. El tribunal de ética suele ser un cuerpo de colegas, es decir, corporativo, que surge del principio de la "igualdad de los iguales". Por eso cuando la afectada es la comunidad o un tercero concreto, entra el derecho.

Conclusiones. La aceleración de la divulgación y el conocimiento científico motivado por la mundialización nos lleva a un nuevo periodo en la historia de la bioética. Se requiere el establecimiento de medidas preventivas a cargo de las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud; por ejemplo, las escuelas de medicina. A fin de alcanzar el equilibrio entre ética y desarrollo científico, corresponde al Estado la regulación de las distintas instancias: la universidad, los colegios profesionales y las leyes que regulan y controlan el ejercicio profesional. Es importante que los consejos o colegios médicos tengan atribuciones para el control y la regulación del ejercicio profesional, así como para la detección y recomendación de las mejores prácticas. Las estrategias nacionales de los trabajadores de la salud deben ir más allá de la lucha por el salario y la formación. Deben priorizar la construcción o reconstrucción de la confianza; para lograrlo, deben apuntalarse las capacidades de liderazgo. Además, debe prestarse especial atención al proceso de toma de decisiones, que debe ser inclusivo y transparente, pero con competencia para arbitrar cuando los viejos intereses intenten volver. Construir la capacitación institucional de los trabajadores de la salud del

país, con enfoque en la regulación, liderazgo e información estratégica, incluidos: a) análisis y evaluación de microinnovaciones; y b) escenario, construcción y planificación del futuro. Por tanto, es fundamental revertir esta situación implementando un sistema nacional de salud de cobertura universal desde la lógica de la salud como derecho y no como mercancía.

Referencias

Carlos María Romeo Casabona. *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, Madrid, Centro de Estudios Ramón Aceres, 1994, pp. 42. - Waldo Villalpando. *De los Derechos Humanos al Derecho Internacional Penal*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2000. - Antonio Beristain. *Eutanasia, dignidad y Muerte*, Buenos Aires, Depalma, 1991. - V. V. *Declaración de Santiago,* Seminario Impunidad y sus efectos en los procesos democráticos, Santiago de Chile, 1996. - Juan Carlos Tealdi. "La bioética latinoamericana: ¿Ante un nuevo orden moral?", en M. L. Pfeiffer (ed.), *Bioética: ¿Estrategia de dominación para America Latina?*, Buenos Aires, Ediciones Suárez, 2004, pp. 43-58. - Jacques Testart y Christian Godin. *El racismo del gen*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2002. - Eduardo Menéndez. "Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud", Rosario (ARG), *Cuadernos Médicos Sociales*, Nº 33, 1985. - Waldo Villalpando y otros autores. "Plan Nacional contra la Discriminación", Buenos Aires, PNUD, 2005. - Lucy Gilson. "Trust and the development of health care as a social institution", *Social Science and Medicine*, 2003, Vol. 56, Nº 7, pp. 1453-1468.

Asistencia humanitaria en América Latina

Carlos E. Zaballa (Argentina) - *Iniciativa Cascos Blancos*

Definición. Denomínase asistencia humanitaria la que se brinda a los pueblos que han sufrido una emergencia o desastre, sea originada por la naturaleza o por la acción del hombre (antrópica). Se extiende desde la crisis misma, durante el alivio, la rehabilitación y la reconstrucción, hasta instalar los cimientos de la cooperación al desarrollo que le sigue, en un proceso que se pretende en "*continuum*". Se incluye en esta temática fenómenos de la naturaleza (terremotos, inundaciones, etcétera), la lucha contra el hambre y la pobreza extrema, y la atención a las víctimas de los conflictos bélicos (refugiados, desplazados). Una de las características de la asistencia humanitaria, a diferencia de la cooperación entre países en desarrollo, es que se presta a todo aquel que lo necesita: puede ocurrir que un país en desarrollo acuda en asistencia a uno desarrollado, si es así requerido.

Principios. En los contextos global y regional, es unánime la aceptación de los principios de la asistencia humanitaria, a saber: 1. *Solicitud* o consenso del país afectado por la crisis. Entendemos por "solicitud" el requerimiento efectuado por el gobierno del país en necesidad o por el organismo internacional encargado de realizar el *appeal*, mientras que el "consenso" opera ante una oferta concreta de parte de otro país, organismo multilateral u organización no gubernamental, a la que el afectado responde admitiéndola. Resulta de la mayor importancia para respetar "la no intromisión en los asuntos internos de los Estados", problemática que en oportunidades ha merecido advertencias y que sin duda afectó el nombre de organizaciones de asistencia humanitaria, que se habrían visto filtradas por organismos de inteligencia, con fines ocultos que resultaban distintos a los de la actividad humanitaria para la que esa organización había sido convocada. 2. *Imparcialidad*. Principio activo por el cual la asistencia humanitaria debe prestarse a todos por igual: no importa su sector social o político, su vinculación con el gobierno de turno del país afectado e incluso las características personales, tanto de etnias, de color de piel, religiosas, culturales o educativas. 3. *Neutralidad.* Aunque vinculado al anterior, en este caso se denomina principio negativo por cuanto actúa por omisión: no se entromete en las problemáticas internas de los países afectados, del mismo modo que no participa en las discusiones locales sobre el régimen político, sobre temáticas socioeconómicas y culturales locales, o sobre cómo se lleva a cabo la asistencia. Sabido es que todo desastre implica a su vez un desastre político: es utilizado por partidarios y opositores, en la mayoría de los casos, para propósitos distintos de la asistencia humanitaria en sí. El prestador de dicha asistencia debe mostrarse neutral en esa discusión. 4. *Respeto* de la soberanía, la integridad territorial y nacional del país afectado. En oportunidades se ha temido que la asistencia humanitaria termine siendo el instrumento cuya utilización pretende en los hechos resolver cuestiones bilaterales cuya discusión debe discurrir por otros ámbitos. 5. *Prioridad* del Estado afectado en la coordinación de la asistencia. Cuando un Estado tiene su gobierno con facultades vigentes, debe respetarse que sea quien tenga a su cargo la coordinación de la asistencia, y fije las prioridades en tal sentido. Eventualmente ese gobierno podrá delegar la operatividad de la asistencia humanitaria a algún organismo multilateral especializado, pero en modo alguno el donante debería asumir por decisión unilateral esta función. Más allá de la lógica afectación que sufre la autoridad local ante el desastre, debe colaborarse para que los canales decisorios recuperen su potestad, pero en modo alguno buscar su remplazo o cooptación. Como se ha podido apreciar, la vinculación mutua entre los principios de la asistencia humanitaria es constante y busca la armonía para

evitar que factores ajenos a la crisis misma puedan interferir o ser aprovechados indebidamente en situación tan especial. Analizados así, pueden resultar estos principios como de aceptación inmediata y sin puntos de discusión sobre ellos.

Críticas. Severas críticas se expresan en los foros internacionales por cuanto, al momento de poner en acto estos principios, difiere su comprensión según sea desde el punto de vista del país recipiendario o desde el del donante. Estos sostienen que en general los países afectados no saben qué solicitar, que los ingentes fondos derivados para la atención de las crisis no son destinados debidamente por los recipiendarios, que la coordinación y fijación de prioridades es deficiente, que no llegan a los reales beneficiarios y que no solucionan las problemáticas por lo que las recidivas de crisis son constantes. Justifican así lo que denominan "fatiga del donante". Los recipiendarios expresan su disconformidad ante una ayuda que aducen mayoritariamente "atada" a los designios del donante, que las imposiciones limitan el consenso y, en general, no responden a las particularidades y necesidades locales, que no hay respeto para las prioridades, aunque sean establecidas por autoridades locales reconocidas, que privilegian la atención de los propios intereses de los países donantes (sus empresas, sus ciudadanos en el lugar de la crisis), que se promete mucho más de lo que realmente se aporta, que la ejecución directa del donante o de los organismos multilaterales no es eficaz.

La Iniciativa Cascos Blancos. Estas posiciones han llevado a los países desarrollados a reformular la asistencia humanitaria, incluso mostrándose críticos de los organismos internacionales, mientras que los países en desarrollo fueron buscando sus propias herramientas de asistencia humanitaria. Es el caso de la Iniciativa Cascos Blancos (ICB), presentada por Argentina a la comunidad internacional y reconocida por la Organización de las Naciones Unidas (AGNU Res. 49/139B, año 1994) y por la Organización de los Estados Americanos (AGOEA/RES.1351-XXV-O, año 1995). Cascos Blancos aportó a la asistencia humanitaria la posibilidad de participación de los países en desarrollo, puesto el acento en el voluntariado civil como herramienta, y la conformación de equipos preseleccionados y entrenados. Esta novedad la practican actualmente incluso la Oficina para la Coordinación de la Asistencia Humanitaria (OCHA) y la Oficina de la Unión Europea para la Cooperación (ECHO). Pasados diez años de la ICB, el sistema multilateral continúa respaldándola, aunque con ciertas reticencias: las limitaciones presupuestarias de los países en desarrollo podrían convertirla en una "ayuda de pobres para pobres", como estigma de pobre eficiencia, efectividad y eficacia. Sin embargo, el fuerte empeño de los países en desarrollo en el respaldo a esta herramienta, su actuación exitosa en situaciones altamente comprometidas, como en los Territorios Palestinos, en la crisis de Kosovo o Líbano, en los terremotos en la India o en Colombia, en los deslaves en Venezuela o El Salvador, en los huracanes que afectaron Centroamérica y el Caribe (en particular el Mitch), inundaciones en Mozambique, desminado humanitario en Angola o Nicaragua, en las zonas más pobres de Paraguay, Bolivia, Panamá o la propia Argentina, e incluso en la asistencia posterior al desastre de Katrina en Estados Unidos de América, ha motivado a donantes no solo a copatrocinar las resoluciones favorables que respaldaban los informes elogiosos del propio Secretario General de la ONU, sino también a contribuir a las ventanillas especiales Cascos Blancos tanto en Voluntarios de Naciones Unidas como en la OEA, a lo que se deben adicionar particularmente los aportes del Banco Interamericano para el Desarrollo (BID) y, en poco tiempo más, del Banco Centroamericano para la Inversión y la Exportación (BCIE). En el último periodo, Cascos Blancos ha focalizado su actuación en la región americana, aunque sin descuidar el resto de las regiones, incluida la respuesta al tsunami que afectó Asia. Pero la notoria prioridad otorgada por Europa a los requerimientos africanos y la atención puesta por Estados Unidos a la cuestión de Medio Oriente, sin duda lleva a que América Latina y el Caribe necesiten comportarse autosuficientemente ante las emergencias. Por ello, con el respaldo de la OEA y del BID, se ha podido constituir en el ámbito regional americano una red de Puntos Focales ICB que está reforzando su instalación, su capacitación y su crecimiento para asegurar su consolidación y eficacia. El desarrollo del voluntariado juvenil, la permanente capacitación de los voluntarios inscritos en sus bases de datos para alcanzar mejor los objetivos, el reconocimiento de la vinculación entre el mayor daño del desastre natural y la extrema pobreza, la valorización y el respaldo a la vocación solidaria surgida de las recurrentes crisis socio-económico-políticas en la región, la necesidad de articular y optimizar el trabajo entre gobierno y sociedad civil, la constitución de una red ágil que permita realmente coordinar los esfuerzos para volver más efectiva y eficaz la asistencia humanitaria son algunos de los desafíos que la Iniciativa Cascos Blancos se ha dispuesto a enfrentar. Esta iniciativa –que es de carácter gubernamental– no busca superponer ni desplazar los organismos o áreas de trabajo ya establecidas, ni la reconocida tarea de las organizaciones no gubernamentales (ONG), sino que prioriza la correcta articulación y coordinación, buscando las fortalezas de cada uno de los

actores y el reconocimiento de las mejores prácticas en la temática, enriqueciendo de este modo el vasto campo de la asistencia humanitaria.

Capacidades, proyecto de vida y sistema de derechos

Jorge Iván Bula (Colombia) - *Universidad Nacional de Colombia*

El concepto de capacidad. El enfoque llamado de capacidades (*capabilities*) ha sido principalmente desarrollado por el premio Nobel alternativo de economía, el profesor Amartya Sen. Las capacidades están asociadas, principalmente, a las llamadas libertades positivas, aquellas que, a diferencia del concepto de libertad negativa, de no injerencia en nuestras elecciones, se requieren para utilizar nuestras habilidades humanas. Las capacidades contribuyen a desarrollar esa libertad *para ser* y esa libertad *para hacer*, como miembros de una sociedad. El desarrollo de las capacidades está asociado a la posibilidad que una persona tiene de realizar el proyecto de vida que más valora y del que tiene razones para valorar. La libertad negativa no deja de jugar aquí un papel importante, en cuanto constituye un factor fundamental para agenciar autónomamente nuestras elecciones. Dichas capacidades dependen de un subconjunto de bienes, tangibles e intangibles; del conjunto de bienes disponibles en la sociedad, que una persona está en capacidad de movilizar y sobre los cuales puede ejercer un control, es decir, tener un derecho o una titularidad. No obstante, el enfoque de las capacidades, a diferencia de otros enfoques en el campo de la economía del bienestar, pone más el énfasis en las condiciones que una sociedad ofrece para la expansión de las mismas que en los bienes, que son solo medios a través de los cuales dicha expansión ha de alcanzarse. Como lo señala Sen, no importan tanto los bienes a los que las personas pueden acceder, como saber lo que estos bienes pueden o no pueden hacer por el desarrollo de las capacidades de las personas.

Derechos y titularidades. La titularidad, entendida como "*el conjunto de paquetes alternativos de bienes sobre los cuales una persona puede establecer un pedido*" (Drèze y Sen, 1989), otorga al individuo un derecho que en una sociedad de mercado se traduce particularmente en lo que Sen denomina titularidades de intercambio: el derecho de enajenar unos bienes a cambio de otros. Pero no todas las titularidades están sujetas a un proceso de intercambio en el espacio del mercado. Algunas titularidades, como el caso de algunos bienes públicos, o de algunos bienes intangibles (v. gr., el cuidado materno), pueden tener otras fuentes distintas al intercambio monetario. Los llamados bienes meritorios (que se derivan de la condición de ciudadano en su propio derecho), como la salud y la educación, por ejemplo, bien deberían formar parte de un esquema de aprovisionamiento cuya responsabilidad recae principalmente en el Estado, y que no necesariamente suponen el espacio del mercado para su asignación. Sin duda este principio, tan caro al concepto de Estado de Bienestar, en particular en el campo de la salud (pero no del todo ajeno al de educación), se ha visto trastocado por las nuevas reformas en los sistemas de seguridad social con la introducción de esquemas de mercado o semimercado en un buen número de países durante las últimas dos décadas. El aspecto distributivo adquiere un matiz importante en la forma de acceder a uno u otro tipo de titularidades. El esquema de distribución, más o menos equitativo, de las titularidades de intercambio dependerá del acuerdo institucional, generalmente sancionado por el derecho. En otros términos, un sistema de derechos de propiedad puede llegar a legitimar una distribución tal que en situaciones de hambruna, como lo señala Sen, la concentración de medios alimenticios para su solución haga inviable superar esta situación. Además, las titularidades y, en consecuencia, las capacidades a las que pueden contribuir, quizá se vean afectadas por factores exógenos como los ingresos y los precios relativos. La imposibilidad de acceder a determinado nivel de ingresos, o de no tener ingreso alguno, limita a la persona a transar bienes en el mercado y obtener el conjunto de bienes que contribuya al desarrollo de sus capacidades. El deterioro o el mejoramiento en los precios relativos de una titularidad pueden restringir o expandir las posibilidades de intercambio de la misma en el mercado. Una caída en los precios de la cosecha para un campesino supone un menor nivel de ingresos para adquirir un conjunto de bienes; una desvalorización del salario, es decir, del precio que se paga por la fuerza de trabajo, puede tener un efecto similar.

Las dotaciones iniciales. El conjunto de titularidades en general, y de titularidades de intercambio en particular, que cada persona posee una vez se enfrenta a las transacciones de mercado depende de lo que se denominan las dotaciones iniciales. Estas resultan de los recursos económicos, sociales y culturales, entre otros, que la familia ha logrado proveer a la persona en sus primeros años de vida antes de que esté en capacidad de establecer ella misma su conjunto de titularidades. Una forma de entender mejor esta idea de las dotaciones iniciales la proporciona Pierre Bourdieu con su categoría de Volumen de Capital Global que cada persona está en capacidad de movilizar. Bourdieu denomina Volumen de Capital Global el conjunto de recursos y poderes

efectivamente utilizables por una persona, que depende de las estructuras patrimoniales de acuerdo con una distribución del mismo dentro de un espacio geográfico jerarquizado, es decir, dentro de un territorio que contiene determinada estructura social. El capital global consta de tres tipos de capital: económico, constituido por los activos y las rentas o fuentes de ingreso de la familia y, posteriormente, de la persona; cultural, que equivale a su bagaje como producto de los procesos educativos formales o informales dentro de los cuales ha tenido oportunidad de participar; y social, que corresponde al conjunto de contactos y relaciones sociales a los que la persona y la familia han tenido acceso o han podido desarrollar. Sir James Edward Meade, premio Nobel de economía en 1977, adiciona a estos tipos de capital lo que él denomina el componente genético que todo individuo hereda como producto de la historia genética, sin duda adaptativa y variante, de cada persona: "*Las dotaciones estructurales básicas de buena o mala fortuna las dan los padres a los hijos; pero el niño, a medida que crece, moldea y modifica las dotaciones básicas que recibió cuando niño de su padre y de su madre, antes de amalgamarlos con los de su mujer y pasar ese paquete modificado y mezclado de dotaciones de fortuna a sus propios hijos*" (Meade, 1985).

Las dotaciones iniciales y el poder de negociación en las trayectorias sociales. Reconoce Meade que estas dotaciones iniciales, en condiciones de competencia perfecta –es decir, en ausencia de barreras artificiales a la movilidad de factores de producción y de políticas públicas redistributivas– llevan a las desigualdades en la distribución del ingreso. Estas desigualdades derivan de las inequidades existentes en la distribución social de las dotaciones iniciales donde algunas personas solo poseen como titularidad de intercambio su fuerza de trabajo para canjearlo por un salario (en una situación de desempleo esta única posibilidad se reduce), mientras que otros disponen de rentas, intereses o beneficios, provenientes de capitales previamente acumulados por sus progenitores pudiendo acceder a un mayor conjunto de bienes y gozar de mayores opciones a la vez. Las dotaciones iniciales y la posibilidad que permiten de acceder a determinado conjunto de titularidades generan un tipo de causación circular acumulativa en la cual quienes poseen un nivel muy bajo de titularidades carecen de un poder de negociación equivalente a quienes controlan un nivel significativamente mayor de recursos que conduce a una reproducción de la desigualdad en los procesos de intercambio y, en general, a una ampliación de la brecha en la distribución social de los capitales arriba mencionados. En términos de Bourdieu, esto corresponde al efecto de inculcación ejercido por la familia o las condiciones de existencia originales del individuo, que influye en las titularidades de intercambio que la persona pueda generar, y que afectarían, según el autor, sus posibilidades de trayectoria social ascendente, cuando no descendente.

Realizaciones, funcionamientos y conjunto de capacidades. Las posibilidades de una persona para llevar a cabo el proyecto de vida que más valora, y que tiene razones para valorar, de acuerdo con un abanico de trayectorias sociales posibles en una sociedad, dependen de las capacidades que pueda desarrollar en función de la dotación inicial de titularidades que posee y de las oportunidades de intercambio que estas se le abren en el futuro. Una persona ocupa un lugar en la sociedad de acuerdo con su dotación inicial de bienes (ya sean mercantiles, no mercantiles, tangibles, no tangibles, de mérito, etc.), lo cual predispone sus capacidades, su libertad de desempeño y su rango de oportunidades. Esta libertad de desempeño, en términos de Sen, hace referencia al concepto de "funcionamientos" (*functionings*) que constituyen ese conjunto de opciones de vida que una persona pueda tener conforme a aquello que más le gustaría ser o poder hacer. La posibilidad de llevar a cabo un número distinto de combinaciones de estilo de vida está definida por la gama de oportunidades que una persona tiene frente a sí. De esta manera, lo que un individuo esté en capacidad de alcanzar en un aspecto de su vida constituiría lo que este autor denomina el vector de funcionamientos (*functioning vector*). El conjunto de capacidades (*capability set*) de una persona estaría definido por los distintos y alternativos vectores de funcionamientos entre los cuales una persona tendría oportunidad de escoger; la combinación efectiva de estos vectores se traduce en las realizaciones de la persona (Sen, 2000).

Conjunto de capacidades y el espacio de las libertades. El conjunto de las capacidades de una persona está estrechamente relacionado con el margen de libertad para alcanzar el nivel de realizaciones que más valora. Estas pueden abarcar ese espacio de reconocimiento y participación social, y traducirse finalmente en la calidad de vida de la persona, en su manera de ser y hacer en la sociedad a la cual pertenece. Sen entiende la libertad como aquella que "*nos da la oportunidad de lograr nuestros objetivos: las cosas que tenemos razones para valorar*" y distingue en principio dos facetas de la libertad: la "*faceta de oportunidad*" y la "*faceta de proceso*" (Sen, 1997). La faceta de oportunidad nos remite a la condición de alcanzar aquellas cosas que tenemos razones para valorar: una mayor libertad nos dará igualmente una mayor oportunidad de alcanzar las metas de nuestro proyecto de vida. Esta faceta permitiría a la persona escoger,

entre un espacio de combinación de libertades, aquel conjunto que le dé la oportunidad de alcanzar lo que más valora (Sen, 2004). La faceta de proceso nos remite a la idea de autonomía previamente mencionada, la libertad de elegir con autonomía, independientemente del resultado que se obtenga (v. gr.: una libre pero mala elección puede alejar a la persona del objetivo que más valora). La faceta de proceso incorpora dos criterios en relación con esta condición de autonomía. Por una parte, el aspecto de lo que Sen llama la autonomía decisional de las elecciones que una persona piensa realizar; por el otro, la inmunidad de la que debería gozar un individuo frente a posibles interferencias de otros. Estos dos aspectos están ligados estrechamente, pues la idea esencial consiste en que una persona tome sus propias decisiones sin que nadie ni nada la suplante. Así estaría libre de interferencias. Este criterio de no interferencia se asocia normalmente al concepto de "libertad negativa", de no intervención, o de no intrusión en la libertad del individuo, ya se trate de personas o instituciones (v. gr., el Estado). Habría una coincidencia entre la faceta de proceso y este concepto de libertad. El concepto de oportunidad se acerca mucho más a la idea de libertad positiva, esa libertad de poder "ser" y de poder "hacer" gracias a la posibilidad (léase "oportunidad") de usar nuestras propias habilidades humanas. Sin embargo, en un sentido más amplio, la libertad positiva para usar nuestras habilidades en realidad tendría que ver tanto con restricciones internas como externas, y desde esa perspectiva, una violación de la libertad negativa afectaría igualmente las libertades positivas, sin que lo contrario sea necesariamente cierto (Sen, 2004).

Libertades, realizaciones y derechos. Estas dos facetas de libertad han dado lugar a dos tipos de evaluaciones sobre el estado o la situación de las personas (*state of affairs*): una evaluación deontológica, que se preocupa más por los derechos y los deberes de las personas, independientemente de los resultados esperados, es decir, se centra más en la faceta proceso de las libertades; y una evaluación consecuencialista, que se interesa más por los resultados obtenidos y menos por los procesos con que han sido alcanzados; por ejemplo, el grado de bienestar (la visión extrema sería: "el fin justifica los medios"). El sistema basado en derechos (*goal rights system*) busca evaluar la situación de los derechos (y libertades) de las personas en relación con las acciones que han conducido a dicha situación. Este enfoque constituye un sistema moral en el que se evalúa la satisfacción o la no realización de los derechos incluidos en los objetivos por alcanzar y, en consecuencia, las acciones conectadas con dichos objetivos. Pero aquí la idea de derecho no se define sobre la base de relación entre dos personas (v. gr., autonomía), sino como el derecho de la persona a desarrollar cierto tipo de capacidades, donde la división entre libertad negativa y positiva se diluye para incorporar tanto las restricciones internas y externas, lo que equivale a hablar de un sistema basado en capacidades (Sen, 1982).

Referencias

Pierre Bourdieu. *La distinction, critique social du judgement,* Paris, Les Éditions de Minuit, 1979. - Jean Drèze, Amartya Sen. *Hunger and Public Action*, Oxford, Clarendon Press, 1989. - James E. Meade. *La economía justa*, Barcelona, Orbis, 1985 (original en inglés, 1976). - Amartya Sen. "Rights and Agency", *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 11, Nº 1, 1982, pp. 3-39. - Amartya Sen. *Bienestar, justicia y mercado*, Barcelona, Paidós, 1997. - Amartya Sen. *Development as Freedom*, New York, Anchor Books, 2000. - Amartya Sen. *Rationality and Freedom*, Cambridge (USA), Harvard University Press, 2004 (primera edición 2002).

Terrorismo de Estado

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

El terrorismo de Estado debe ser considerado la negación radical de todo sistema de derechos humanos y, por tanto, de los supuestos morales básicos que se presumen compartidos en las sociedades actuales. De allí su importancia para toda bioética. Se trata de la utilización de diversos métodos ilegales por parte de un Gobierno, dirigidos a causar miedo en la población para lograr sus objetivos políticos, económicos, sociales o militares. El miedo utilizado como coerción se convierte así en la negación de toda libertad y, por tanto, de toda condición de sujeto moral y de derechos. Su presencia pasada o actual en América Latina ha tenido y tiene tanto impacto social sobre sus objetivos, que la consideración del respeto de la autonomía como principio ético sin tener en debida consideración este contexto, resulta vacía de un sentido pleno.

Definiciones. El terrorismo de Estado, aunque en cierto modo puede considerarse que ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, en un sentido más estricto se lo considera característico del siglo XX. En su sentido más general, y como dice Chomsky, es el uso de la violencia con fines políticos y en contra de civiles no combatientes. En su sentido más reciente, sin embargo, alude al fascismo (alemán, español, italiano, etc.) y al comunismo (estalinista, camboyano, etc.), así como a las dictaduras militares en países de alguna tradición democrática (por ejemplo, América Latina), que han generado diversas variantes del mismo. Para Bonasso, al hablar de terrorismo de Estado, "*se usa esta denominación*

para demarcar un modelo estatal contemporáneo que se ve obligado a transgredir los marcos ideológicos y políticos de la represión 'legal' (la consentida por el marco jurídico tradicional), y debe apelar a 'métodos no convencionales', a la vez extensivos e intensivos, para aniquilar a la oposición política y la protesta social, sea esta armada o desarmada". En ese sentido, aun cuando sea utilizado mayoritariamente por dictaduras militares, el terrorismo de Estado sería el último recurso del 'sistema democrático' y del 'mundo libre'.

Características. Las formas que caracterizan el terrorismo de Estado son varias, aunque no exista una definición tan clara como la que podemos dar al genocidio (v.) o a los crímenes de lesa humanidad (v.), que se relacionan muy frecuentemente con aquel. Esas características son: 1. El diseño de un plan sistemático de implantación del terror en la población civil con diversas estrategias coordinadas por una red de agentes responsables –militares, de seguridad o civiles–, aun en los casos de operaciones descentralizadas. 2. El uso ilegal y difuso del secuestro, la tortura y el asesinato sobre individuos acusados o inocentes, como medios coactivos e intimidatorios de grandes grupos de población. 3. La instrucción, especialmente a militares y agentes de inteligencia, para que actúen en modo planificado con el objetivo de causar terror en la población civil. 4. La creación o apoyo de organizaciones terroristas paramilitares. 5. La comisión de crímenes sin dejar rastro (los desaparecidos), o con visible brutalidad (operaciones militares, exposición de cadáveres mutilados, etc.), pero con el mismo fin de atemorizar a la población.

El terrorismo de Estado en América Latina. El terrorismo de Estado es una realidad reciente en los países de América Latina. Argentina lo padeció entre 1976 y 1983 con decenas de miles de personas torturadas, asesinadas y desaparecidas, que fueron investigadas por la Comisión Nacional por la Desaparición de Personas (Conadep) cuyo *Informe Nunca Más* demostró de modo indiscutible el plan terrorista y permitió el juicio y condena de las juntas militares de la dictadura. En Chile, durante la dictadura de Augusto Pinochet, y según la *Comisión Valech,* se violaron gravemente los derechos humanos de treinta mil personas, de las cuales al menos tres mil fueron asesinadas. En Paraguay, la dictadura de Alfredo Stroessner entre 1954 y 1989 asesinó al menos a cuatro mil personas y persiguió políticamente y violó sistemáticamente los derechos humanos. En Guatemala, especialmente en el periodo 1960-1998, se ejecutó un genocidio de la población maya, se exterminaron poblaciones rurales y se cometieron violaciones sistemáticas contra obreros, estudiantes, mujeres embarazadas, religiosos y otros grupos comunitarios. En Colombia, la comprobación en 2006 de vínculos de muchos políticos con los grupos paramilitares y sus masacres y acciones terroristas, así como las acciones del grupo creciente de militares estadounidenses que operan en el país, han hecho hablar asimismo de terrorismo de Estado. La *Escuela de las Américas*, establecida en Panamá por Estados Unidos, cumplió durante años la misión de entrenar un gran número de militares latinoamericanos que luego conducirían esas estrategias en sus países y en la región. También dio apoyo a escuadrones de la muerte en Nicaragua y El Salvador, y apoyó y financió a dictadores que instauraron el terrorismo de Estado, como Pinochet en Chile y Efraín Ríos Montt en Guatemala; asimismo apoyó el funcionamiento integrado de diversos Estados terroristas. Un modo planificado y sistematizado subregional del terrorismo de Estado se alcanzó con el Plan Cóndor, que integró las operaciones terroristas de los gobiernos de Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay, Bolivia y Brasil, con el apoyo de Estados Unidos y la promoción particular de su Secretario de Estado, Henry Kissinger. El militar chileno Manuel Contreras, creador y jefe de la Dirección Nacional de Inteligencia en Chile, también creó el Plan luego de ser convocado en 1975 a los cuarteles de la Agencia Central de Inteligencia (CIA), según se ha sabido por fuentes desclasificadas en 2000 por la propia CIA. El 6 de marzo de 2001, *The New York Times* dio a conocer un documento desclasificado de 1978 en el cual el embajador de Estados Unidos en Paraguay decía que los servicios secretos del Plan Cóndor estaban en contacto entre sí a través de una instalación de comunicación de Estados Unidos en la Zona del Canal de Panamá. Pero los agentes del Plan actuaron también en Europa y en Estados Unidos con sus actos de persecución y asesinatos. Los archivos de la dictadura de Stroessner, encontrados en la ciudad de Lambaré en 1992 (Archivos del Terror), señalan que el Plan Cóndor dejó 50.000 muertos, 30.000 desaparecidos y 400.000 presos. Esos archivos muestran de modo acabado la planificación, el desarrollo, la coordinación y la evaluación de todas y cada una de las estrategias que forman parte del terrorismo de Estado y que se instrumentaron en América Latina.

Los argumentos del terrorismo. Para Garzón Valdés, el terrorismo de Estado requiere una ideología que sustente un dogma, como el de la Doctrina de la Seguridad Nacional, con un aparato de propaganda que justifique los actos propios y estigmatice a la oposición, que imponga medidas clandestinas y prohibidas por la ley (tortura, asesinatos, etc.), que delimite en modo impreciso los hechos punibles y que aplique en modo difuso medidas violentas de privación de la libertad, la propiedad o la vida.

Los argumentos con los que se pretende justificar el terrorismo de Estado son, para Garzón: 1. La primacía de valores que tienen una validez absoluta e incondicional y cuya realización es la condición necesaria para el bienestar de la población. 2. La distinción entre ética pública y ética privada bajo el supuesto de que en la ética pública lo que interesa son los resultados alcanzados. 3. La 'elección trágica', dado que la acción de la oposición y la protesta, al utilizar métodos violentos y poner en peligro la existencia misma del Estado, exige respuestas eficaces al margen de la legalidad. 4. El terror estatal como el medio más eficaz de respuesta. 5. La inevitabilidad de consecuencias secundarias negativas (excesos, daños colaterales, etc.). 6. La imposibilidad de identificación del opositor. 7. La simetría en los medios utilizados ('guerra sucia'). Pese a la falacia de estos argumentos, el terrorismo de Estado resulta siempre una reacción y una negación del supuesto más frecuente que moviliza a los opositores que terminan siendo víctimas. Ese supuesto son las graves y repetidas violaciones de los derechos más elementales, la pobreza, la indigencia y las enormes desigualdades sociales que existen en el mundo. Y simultáneamente expresa la ambición desmedida de grupos sociales y países que recurren a dictaduras e imperialismos para sostener esas injusticias.

Referencias

Eduardo Luis Duhalde [1983]. *El estado terrorista argentino. Quince años después, una mirada crítica,* Buenos Aires, Eudeba, 1999. - Noam Chomsky, N. Schulz, Miguel Bonasso. *Terrorismo de Estado,* Navarra, Editorial Txalaparta, 1990. - Cezar Mariano Nilson. *Operación Cóndor. Terrorismo de Estado en el Cono Sur*, Buenos Aires, Lohlé-Lumen, 1998. - John Dinges. *The Condor Years. How Pinochet and his Allies Brought Terrorism to Three Continents*, The New Press, 2004. - Ernesto Garzón Valdés. "El Terrorismo de Estado", Madrid, *Revista de Estudios Políticos,* Nº 65, julio-septiembre 1989.

Libertad

El concepto de libertad en bioética. La bioética angloamericana en su vertiente principialista redujo la complejidad del concepto de libertad a uno de sus significados: la autonomía (v. *Autonomía individual*). Esa reducción operó en dos momentos: el primero con la postulación del principio de respeto por las personas en el Informe Belmont, y el segundo y definitivo con la conversión de aquel a principio de autonomía, realizada por Beauchamp y Childress. Sin embargo, la idea de *libertad* que está presente tanto en el principio de respeto por las personas como en el principio de respeto por la autonomía, es una idea de la libertad como ejercicio puntual de una capacidad de elección. No es una idea de libertad como potencia de un acto que en la relación con el resto de nuestros actos configura el proceso moral que asegura nuestra integridad y constituye nuestra identidad como personas en el seno de la(s) comunidad(es) en que vivimos. Por eso es que en la libertad entendida como autonomía se dejará de lado el significado que la libertad tiene en tanto posibilidad de proyección de un plan de vida propio (A. Sen), o el significado de liberación que alcanzó en la filosofía, la teología y la pedagogía latinoamericanas (v. *Pensamiento latinoamericano*), o la distinción entre libertad privada y libertad pública, o el significado de la libertad entendida como realización de una necesidad (v. *Libertad y necesidad*). De allí que si la falacia naturalista consiste en hacer derivar en un sentido único al deber ser del ser, la *falacia analítica* consiste en desconectar al ser del deber ser. Cuando decimos desconectar, no queremos decir que la conexión que suponemos entre ambos términos deba tener un determinado sentido en su direccionalidad (del ser al deber ser). Lo que queremos decir es que el ser (la identidad e integridad) y el deber ser (los fines que la libertad como acto conecta con el ser) mantienen entre sí una relación dialéctica en la cual no puede imaginarse uno de los términos sin imaginar simultáneamente al otro. Ningún sentido tiene ser libre si no es para constituirme como sujeto in-determinado ante los demás, esto es, como sujeto autodeterminado frente a mí mismo. Ningún sentido tiene, asimismo, decir que soy persona si no puedo actuar libremente para autodeterminarme en tanto individuo significado como proyecto de vida. Por eso es que la dialéctica de la moral como proceso, y por ende la dialéctica de la libertad, supone la conexión de la idea de libertad con la de la integridad en tanto seguridad –o resignación– de poder seguir siendo el mismo ante los otros. Pero también supone la conexión de la libertad con la identidad que la memoria sostiene del ser que es sí mismo en su afirmación y que desde la verdad puede trazar los fines justos que den vida a la dinámica de su posible renovación. La persona será libre, entonces, en tanto pueda no solo 'elegir' o consentir o no a una propuesta, sino que será libre en tanto desde los elementos previos que configuran su memoria, y a la luz de las verdades a las que se enfrenta en su vivir, pueda trazar un proyecto de vida responsable de los actos que su libertad determinó. Por eso es que concepciones como la del doble estándar en investigación biomédica son inmorales. Porque con ellas se pretende cristalizar las determinaciones de sujetos que no fueron libres a la hora de configurar su identidad de pobres, indigentes o excluidos. La gente muere de hambre, de sed y de enfermedades evitables, no por una indecisión del libre arbitrio sino porque la distancia a la satisfacción de sus necesidades materiales se convierte en distancia infinita e insalvable dada una cadena establecida de determinaciones. Las poblaciones exterminadas por la epidemia VIH-sida tuvieron 'libertad de' elegir una conducta que por abstención negativa les evitara el contagio, pero no tuvieron 'libertad para' afirmar un proyecto de vida positivo. Quedar 'libres' de las amenazas del estado de naturaleza o salvajismo en el que vivían hace siglos los pueblos americanos condujo a millones de ellos a la esclavitud y la servidumbre (v. *Esclavitud y servidumbre*).

Libertad y esclavismo en América Latina. Como consecuencia del debate sobre el derecho español a reducir a los indios americanos a esclavitud, la reina Isabel autorizó en 1501 la introducción de negros esclavos en América, lo que se hizo a gran escala después de la prohibición de la esclavitud de los indígenas americanos por el Consejo de Teólogos de Burgos en 1512. Así se dio comienzo a cuatro siglos de negación del primer derecho constitutivo de todo individuo que es su reconocimiento como ser humano. Este 'giro africano' marcó la diferencia de las colonizaciones europeas en África y América, pero al mismo tiempo nos ilustra sobre las relaciones entre dichas colonizaciones y sus razones históricas. En las ideas políticas del siglo XV, los reinos organizados y poderosos merecían el sostener con ellos relaciones diplomáticas, pero los aborígenes africanos que vivían en un estado de 'barbarie' no eran personas jurídicas y podían ser reducidos a esclavitud. La población de América Latina fue entonces y a partir de allí una mezcla de siervos indígenas, esclavos

negros y propietarios blancos. Si bien la abolición de la esclavitud fue declarada en todos los países latinoamericanos durante el siglo XIX, hay sin embargo setenta y cinco años de diferencia entre el comienzo del proceso y su fin. Muchos de los países lo hicieron en la primera mitad de siglo, como Argentina (1813), México (1825), Bolivia (1831), Paraguay (1842) y Uruguay (1842), o muy próximos a ella, como Colombia (1851), Ecuador (1853) y Venezuela (1854). Pero no es sorprendente observar que los últimos países en hacerlo fueran Cuba (1880) y Brasil (1888) donde el comercio de esclavos había sido más intenso que en ningún otro sitio. Quedar 'libres' de los imperios coloniales supuso para las nuevas naciones de América Latina el padecer la dependencia del neocolonialismo y para los pueblos africanos alcanzar la nacionalidad a mediados del siglo XX y el fin del *apartheid* hace apenas unos años. En el puerto de esclavos para explotar el azúcar de caña que fue Recife en Brasil, hace tan solo unas décadas que terminó el régimen seudoesclavista. La concepción social de la libertad y por ende de la autonomía en América Latina está enraizada en esta historia cultural pero al mismo tiempo en los cambios políticos y sociales que han modificado, en un modo u otro, esta concepción. Por ejemplo, no es posible pensar que la evolución cultural de las ideas proesclavistas en las visiones comunitarias habría de ser la misma en un país pequeño y socialista como Cuba que en un país grande y capitalista como Brasil. Si observamos estos hechos en una perspectiva histórica, ellos no se encuentran tan lejos de nosotros como para que no resulten útiles y necesarios al momento de comprender el presente *ethos* latinoamericano. A su vez y en comparación con esta situación y sus antecedentes para el ejercicio universal de las decisiones autónomas, la condición de los esclavos negros en los Estados Unidos fue igualmente un problema mayor para la construcción de la idea de libertad y autonomía de tanta importancia en el *ethos* angloamericano: la 'importación' de esclavos fue declarada ilegal en 1808 y con el costo de una guerra civil Lincoln liberó a todos los esclavos en 1863. Sin embargo, muchas otras consecuencias sociales de especial interés en bioética todavía podrían observarse durante el siglo XX como en el caso del estudio de Tuskegee (1932-1974) sobre la evolución natural de la sífilis no tratada en población negra de la ciudad de Macon en Alabama, o la segregación que llevó al gesto de indignación y rebeldía por Rosa Parks para abrir el movimiento de los derechos civiles.

Libertad individual y comunitaria. En cuanto a pensar la libertad con relación al lugar de la naturaleza y de la sociedad, hay diferencias entre comunitarismo e individualismo (v.). El individualista y el comunitarista se distinguen porque en un caso la naturaleza y la sociedad aparecen como medios o instrumentos para que el individuo realice sus fines, y en el otro caso la naturaleza y la sociedad aparecen como fines por los cuales el individuo se va a integrar a los demás. El fin del sujeto moral para unos es el bien individual y para otros es el bien común. Para el comunitarismo el individuo va a alcanzar su integridad en la medida en que pueda establecerse esa conexión de relación con la naturaleza y la sociedad. El sujeto moral en el individualismo, en cambio, peca de un voluntarismo dualista. Es la idea de que los fines, los intereses, los deseos, están en un mundo fuera de nosotros mismos, y cada sujeto, con su voluntad, determina si accede, quiere acceder o rechaza lo que está fuera de él. Existen así dos mundos. La voluntad establece autónomamente si uno quiere seguir este camino, buscar estos fines, tener estos intereses, defenderlos o no. En el comunitarismo, en cambio, las elecciones tienen que ver con una identidad relacional. Lo que cada uno decide, no lo decide pensando en un fin exclusivamente individual. Cuando cada uno de nosotros decide, lo hace pensando en los fines de sus padres, sus hijos, sus amigos, sus compañeros de trabajo, etc. No existe un fin propio, individual, que pueda ser segregado, separado, de los fines de aquellos con los cuales adquirimos una identidad. Las reglas morales, en el individualismo, aparecen como neutrales ante los intereses que compiten y las diversas concepciones de lo bueno. Las reglas son las reglas. O se conectan con la vida social que es un mundo aparte. Sin embargo, podemos pensar en cómo es el consentimiento en determinados sujetos de una población rural y preguntarnos: ¿cómo consienten en esa población rural y cómo consienten en las grandes ciudades?, aunque el liberalismo resta motivación moral a ciertos grupos. Establecidas las obligaciones, las pautas, las reglas a seguir, la motivación moral, el intento de perseguir el mejoramiento social se desvanece. Porque en realidad lo que cada uno percibe es simplemente cumplir con la obligación, con la regla. En cuanto al *telos*, aquello que busca el hombre, la diferencia entre individualistas y comunitaristas reside también en que se rompe en el individualismo la idea de que 'el hombre como podría ser' tiene que ver dialécticamente con 'el hombre tal cual es', porque no hay un hombre 'en abstracto', un hombre formal y vacío de un contenido material concreto.

El interrogante de la libertad en la reflexión bioética. ¿De qué libertad –y para quién– podemos hablar entonces? ¿Dónde se encuentra ese sujeto abstracto que el principio de autonomía predica cuando el 50% de la población de América Latina es pobre y se encuentra sujeta a las *determinaciones* para todo proyecto de vida que esa situación

de pobreza les impone? ¿Qué responsabilidad individual puede atribuírsele al conjunto de trabajadores sin empleo de nuestros países sin tener en cuenta las consecuencias de la política exterior de los países ricos y de la política nacional de sectores sociales que multiplican desde su corrupción las desigualdades existentes? En ese marco y ante los sujetos concretos del vivir regional, el consentimiento informado presenta a la libertad de decir sí o no a una propuesta de participación en la investigación o la atención médica como pretensión de significado del concepto de libertad. Pero si no se tiene participación alguna en la determinación de los fines que dan lugar al sentido de una libertad para establecer las prioridades del desarrollo de la medicina, las ciencias de la vida y sus tecnologías conexas para el individuo y la comunidad, entonces el concepto de autonomía y respeto de las personas se vuelve una reducción pragmática del proceso verdadero de la construcción libre del individuo o la comunidad. Si el sentido positivo de la libertad para poder fijar sus propios fines implica la libertad en su sentido negativo de actuar sin coacciones, no puede decirse lo mismo de su inversa. El ser autónomo tal y como lo ha entendido la bioética angloamericana de los principios éticos no implica el ser libre porque una elección puntual puede no solo no agregar nada sino incluso ser contraria a la libertad. Es por eso que la dignidad de la persona humana, entendida como el lugar que cada ser humano merece ocupar por el solo hecho de ser persona, no puede dejar de ser el verdadero fundamento del respeto por las personas o del respeto por la autonomía, entendido ahora como respeto de su libertad fundamental.

[J. C. T.]

Libertad y necesidad

Ubaldo González Pérez (Cuba) - *Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana*

Necesidad. Su acepción más general es como categoría filosófica. Vista así, estamos frente a la "necesidad como concepto", que se puede desplazar desde la expresión singular, a la particular y hasta la general. Representa lo que *tiene* que ocurrir en determinadas condiciones, lo que determina los pasos esenciales en el desarrollo de la naturaleza o la sociedad. Es lo determinado desde la esencia interna del fenómeno. Responde a la necesidad lo que no puede suceder, o lo que no puede dejar de suceder, o lo que tiene que suceder, que es lo imposible que suceda de otra manera. Aristóteles, el primero en tratar la necesidad, determinó su más aceptada definición: "Lo que no puede no ser, o que no puede ser". En la ética, la necesidad se expresa como consecuencia de la capacidad de los procesos afectivos para otorgar sentido a la experiencia y a los actos, valorarlos como positivos, negativos o neutros, permitiendo valorar el bien y el mal, evidenciando la unidad y complementación de lo cognoscitivo y lo afectivo en la psiquis y la personalidad humanas. La *necesidad* interactúa con otras categorías, la *casualidad* y la *libertad,* formando parejas que se alternan y complementan, una a través de la otra, que permiten conocer en qué condiciones se manifiesta el desarrollo de un fenómeno en la naturaleza, la sociedad o en la conciencia.

Casualidad. Se fundamenta en la interacción externa con multitud de fenómenos, permitiendo variedad de opciones, que hace posible la forma casual de ocurrencia del fenómeno. Las propiedades no esenciales del proceso, la diversidad y las particularidades de las interacciones externas determinan el aspecto *casual* de su desarrollo momentáneo o transitorio, mientras que la *necesidad* expresa el movimiento y evolución constante del fenómeno hacia nuevas formas cualitativas de existencia. La cadena causal o derrotero del fenómeno es la resultante de la interacción entre las propiedades o esencias internas (necesarias) con las no esenciales externas (casuales). En ética, absolutizar lo necesario conduce a un determinismo mecanicista que resta al hombre su posibilidad de elección, de modificar acontecimientos para evitar desgracias o conquistar necesidades, se le niega la libertad, se le priva de la necesidad y posibilidad de realizar sus actos morales, concibiéndolo de forma pasiva, indefenso, conduce al fatalismo moral. Tomar lo casual y absolutizar el libre arbitrio conduce a un voluntarismo moral, en el cual el hombre hace planes de forma ingenua y arbitraria, triunfalista, de espaldas al conocimiento y al pronóstico científico, tira por la borda la experiencia de la humanidad, desprecia el contexto, la personalidad es vista como autónoma en sus decisiones con relación a determinantes y circunstancias objetivas. El logro de la libertad es posible por la forma en que interactúan las circunstancias objetivas y el conocimiento acumulado, con la capacidad de valorar y decidir, con conocimiento de causa, de la persona.

Interacción entre libertad y ética. La posibilidad de existencia libre del hombre está dada por su capacidad para decidir con conocimiento de causa y posibilidad de acceso a la satisfacción de sus necesidades. En el primer estadio de la cultura de la humanidad, las fuerzas de la naturaleza y la economía actuaban sobre el hombre de forma ciega para este y la libertad solo llegaba a "elegir entre opciones dadas por ese orden natural". Una vez que el

desarrollo histórico de la conciencia social del hombre le permitió percatarse del efecto transformador de su actividad sobre la realidad y sobre él mismo (periodo renacentista, utopistas), la libertad avanza a un nuevo estadio, elección con conocimiento de causa o de la necesidad. Cuando los grupos progresistas y los menos corruptos, porque viven de su trabajo y no del ajeno, toman conciencia de la posibilidad de las mayorías de *existir para sí* mediante la restauración de la estructura económica, jurídica y moral de la sociedad, logrando justicia distributiva, equidad y educación para ejercerla como responsabilidad del Estado en un nuevo orden económico-social y moral, se engendra una nueva etapa de progreso moral. Aparece una nueva forma de existencia de la libertad como "actividad que permite al hombre conocer causas y necesidades, valorar y priorizar opciones y disponer de equidad de acceso a soluciones". Después de esta conquista del pensamiento social y moral de la sociedad, continuar definiendo la libertad solo como derecho del individuo a elegir, al margen de las responsabilidades del Estado con su educación, sus derechos, la distribución de bienes y la equidad, constituye una postura retrógrada y engañosa. La existencia libre del hombre hay que *educarla,* para apropiarse del conocimiento y de los valores que le permitan evaluar causas, soluciones, posibilidades, prioridades y conocer la equidad de acceso conscientemente, porque sin ella puede elegirse lo dañino (sedentarismo, drogas, agresiones ambientales). Sin educación que transforme al hombre de especie en ser social y moral, no se puede hablar de hombre, de moral ni de libertad, mucho menos en este periodo de globalización llamado "sociedad de la información" que plantea como conquista la construcción de "nuevas tecnologías de la educación". La libertad descansa en un potencial positivo, no en la fuerza de huir o evitar lo malo, porque el hombre hace valer su verdadera individualidad y la conquista activa de sus necesidades. Los actos humanos son *necesarios,* pero acompañados de la posibilidad de su conciencia, de su creatividad y de la valoración de sus actos. La moral es resultado de la actividad valorativa, se construye sobre el análisis de la experiencia de la actividad histórica, concreta y personal; resulta imposible aplicar una moral universal y abstracta que ignore circunstancias y consecuencias. *Progreso social y progreso moral* son conceptos más allá de expresiones genéricas de crecimiento, evolución y desarrollo. Deben expresar un proceso inmanente, generado por propiedades esenciales internas que determinan la necesidad y mueven el desarrollo de lo inferior a lo superior, de lo simple a lo complejo, que hacen evolucionar las relaciones de propiedad hacia la socialización progresiva, y la ley hacia los objetivos del derecho y el incremento de la equidad, basado en el principio de justicia. Por tanto, no habrá *progreso moral* sin *progreso social* correspondiente, y viceversa. El objetivo primario de la actividad humana es la satisfacción de sus necesidades, desde la supervivencia hasta su placer, garantizando la armonía del equilibrio y evolución biológica, psíquica, de su progreso social y moral, con el ecosistema. Desconocer las necesidades, las opciones y la ini3quidad en el acceso a su satisfacción, implica la constricción de su libertad. La libertad reducida a derecho o autonomía para elegir es una falacia semántica, un metasentido del término libertad, manipulado ideológicamente por las minorías con poder económico y político. Prédicas morales guiando decisiones concretas basadas en principios universales y abstractos, desconociendo especificidades de contextos, no buscan soluciones sino divertimentos metodológicos o apariencias de observancia moral. Cuando la sociedad alcanza un desarrollo institucional, una estructuración del Estado como subsistema autorregulador, la conciencia del conocimiento y la moral acumulados así con la posibilidad de modificar la cultura y a sí misma, adquiere la *necesidad* de educar a los hombres para que sean libres como expresión de progreso moral, o asume las consecuencias de su autodestrucción. Parece que esta tesis relampagueó en las conciencias del Grupo de Roma y de Potter cuando lanzaron sus llamados de alerta para detener el holocausto generado por el desarrollismo del mercado y su divorcio entre el conocimiento y la moral.

Necesidad como categoría filosófica y como categoría ética. La necesidad se expresa en el movimiento y desarrollo de las manifestaciones del mundo material, en la sociedad, en el hombre y en su actividad cognoscitiva y valorativa, y por tanto en la moral y en la ética. Su realización permite pasar al siguiente estadio de evolución, alcanzar el equilibrio o la nueva cualidad. Puede confundirse con la causalidad cuando no se considera la contextualización y complejidad de las condiciones; ello exige a la ética relatividad en los análisis para la comprensión de la moral en diferentes lugares, culturas, épocas y situaciones de excepción. *Necesidad y casualidad* son categorías dialécticas que se complementan constantemente; es la unidad de lo que resulta *imposible de otra forma* y la posibilidad o elección en respuesta al contexto. Para entender las diferencias entre la *necesidad* como categoría filosófica y como categoría de la ética y de las ciencias particulares, debe considerarse que en la naturaleza el contexto de la necesidad es la conformación material orgánica o inorgánica; en la sociedad está conformado por la estructura económico-jurídica, la cultura material y espiritual, la ideología, la actividad social, las individualidades humanas y la especificidad situacional. La

necesidad en la biología se delimita y valora como lo que falta, lo que tiene que suceder o no suceder para la complementación de un proceso biológico, su equilibrio o para el siguiente paso de la evolución. Es identificada con la carencia o la presencia de lo que atenta contra el equilibrio, y su expresión en la conducta del animal desencadena actividad para su satisfacción, determinada por conductas heredadas o formadas en el intercambio con el medio natural. En la actividad de la psiquis humana socializada, la necesidad amplía su existencia por el aprendizaje, la apropiación de la cultura y las iniciativas individuales. Incorpora y socializa sus necesidades, incluso las biológicas y heredadas, respondiendo a necesidades sociales, condicionándolas socialmente y legitimándolas dentro de la moral vigente. Estas necesidades poseen relatividad cultural e individual, que se cumplen en la interacción de necesidades e intereses con las valoraciones morales. La necesidad de una conducta moral en el hombre comienza por *presión externa* (premio-castigo-indiferencia-curiosidad), adquiere sentido personal, se incorpora a la personalidad, modela una forma de expresión y se transforma en *presión interna,* como imperativo moral interno. La *necesidad* determina la regularidad desde la esencia interna de los fenómenos, aunque la contextualización y la complejidad la modelen desde fuera. Las opciones de un paso en la concatenación de los fenómenos es lo casual, pero el elemento desencadenante del paso específico es la necesidad. Necesidad y casualidad potenciales se mueven juntas hasta que se delimitan y separan, para repetir este movimiento. Toda comunidad para existir y desarrollarse tiende a un orden, en el cual la moral es un componente; el surgimiento y evolución de ese orden es la necesidad y las diferencias de los sentidos, significados y comportamientos como imperativo de ese orden moral, modelado por cada cultura, lugar y época, es el componente casual transitorio de ese orden moral. El surgimiento de la bioética evidencia la necesidad de renovación del orden moral y de las disciplinas particulares que lo estudien o apliquen y adviertan de sus tendencias y formas de propiciar su evolución, protegiendo los mejores valores de la cultura, así como los peligros que el desarrollo moral debe enfrentar. Las condiciones de excepción expresan lo casual, que en ética se enfrentan como mal menor, como en el caso de salvar la vida de una madre a través de un aborto terapéutico. Las regularidades en el desarrollo de los fenómenos, su estudio y conocimiento por la ciencia y su enunciado como ley, son posibles gracias a la existencia de la necesidad y la esencia interna que la expresa. Los principios de la bioética constituyen una necesidad para el entendimiento y el orden de la comunidad internacional, posibilitando la expresión de valores y derechos de los estados y de las mayorías, siempre que se adecuen a las condiciones concretas donde se apliquen. La correlación de fuerzas a favor de naciones que reúnen poder productivo, comercial, militar, financiero y de los medios de difusión hace que la aplicación de los principios se manipule y oriente a imperativos abstractos, hacia problemas puntuales regionales, de autonomía de minorías o individuos, y se dejan las manos libres a los círculos de poder. Se ha construido un discurso abstracto y desvirtuado, con términos de atractivo universal como libertad, derechos humanos, diálogo, bienestar, felicidad, autonomía, desarrollo y otros, que aun fuera de contexto dan apariencia de entendimiento, respeto y altruismo. Pero pregúntese a los decisores del poder si quisieran disfrutar, con exquisita equidad, la libertad, los derechos, la autonomía y el bienestar de las comunidades del altiplano de los Andes. El tratamiento, interpretación o aplicación de los principios de la bioética permitirá la expresión de valores y derechos de toda la sociedad o solo de una parte de ella. Para un aprovechamiento universal, y contextualizado, deberán aplicarse con dominio de las expresiones singulares en conflictos y diálogos. Tratados como abstracciones fuera de contexto, hacen que la bioética pierda valor y universalidad. La autonomía en la sociedad liberal, que centra su atención en la *capacidad de elección como libre arbitrio* aislada de los determinantes económicos, sociales y psicológicos, conduce a una concepción de autonomía sin el límite de la prioridad de las mayorías o principios morales de mayor nivel, y puede conducir al individualismo o a la condición de suprasocial (absoluta), por haber dado más importancia a la posibilidad de decidir que al resultado humanitario o moral de la decisión. La bioética nació como una ética particular en un periodo de "globalización" que acumuló problemas de alta peligrosidad para la supervivencia humana; para proteger a la sociedad y al individuo, deberá contribuir con cada sociedad a alcanzar el grado de soberanía y desarrollo que permite la cultura actual, que transforme a los individuos humanos en seres sociales, alfabetizados, alimentados, con vivienda, higiene, protección de su salud, empleo y seguridad social, para que puedan ocupar sus espacios con participación social y equidad en los diálogos éticos. Esa debe ser la meta de la bioética, de sus principios y su metodología, así como de los que se auxilian de ella para contribuir con el progreso humano. Si la bioética promueve equidad y participación social de las mayorías, su divulgación y práctica estimularán *libertad y necesidad* de moralización social, de entendimiento humanizador; de lo contrario, podría reducírsele a opio paliativo de los males de la globalización. Salvémosla.

Referencias

Dámaso Gómez. "¿Justicia o injusticia social?". Capítulo de texto Ciencias Sociales de la carrera de medicina. Proyecto Policlínico Universitario. Universidad Médica de La Habana. 2005. - José R. Acosta (ed.). "El gen egoísta del mundo global", en *Bioética para la sustentabilidad,* La Habana, Publicaciones Acuario-Centro Félix Varela, 2002. - Ariel Barreras. "Construcción de una teoría ética", en *Bioética para la sustentabilidad*, óp. cit. - C. Maldonado. *Visiones sobre la complejidad*, Bogotá, Ediciones El Bosque, 1999. - Miguel Suazo. "Pérdida de la identidad en la juventud a través de la globalización y su impacto en los sistemas y jerarquías de valores", en *Bioética para la sustentabilidad*, óp. cit. - Diego Gracia. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, Bogotá, Editorial El Búho, 1998. - Julio Carranza. "Cultura y desarrollo. Algunas consideraciones para el debate", en *Bioética para la sustentabilidad*, óp. cit. - Volnei Garrafa y Dora Porto. "Bioética, poder e injusticia: por una ética de intervención", en *Bioética para la sustentabilidad*, óp. cit. - Ubaldo González. "Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento". Ensayo presentado a debate en la Cátedra de Ética y Departamento de Filosofía de la Universidad de La Habana. Abril 2002; *Rev Cub de Salud Pública*, 28, No. 3, 2002.

Esclavitud y servidumbre

Armando Raggio (Brasil) - *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*

Concepto y formas. En la esclavitud un ser humano es apropiado por otro o sometido al trabajo sin ninguna retribución y sin que pueda actuar por voluntad propia, privado del derecho de ir y venir y, por lo tanto, de ser sujeto de sus actos y de pertenecer a sí mismo. Un esclavo es forzado a trabajar por medio de amenazas físicas o mentales; apropiado o controlado por un señor, usualmente a través de abuso mental o físico o de amenaza; es deshumanizado y tratado como mercadería o comprado y vendido como propiedad, limitado o contenido en su libertad. Esclavitud por descendencia es cuando alguien nace hijo de esclavos o pertenece a un grupo percibido como destinado a ser esclavizado. La esclavitud está presente en la antigüedad desde Grecia y el Imperio Romano, sin haber desaparecido jamás, aunque se haya transformado a través del tiempo en servidumbre o trabajo forzoso. Una persona se somete a la servidumbre por deuda cuando, por ejemplo, toma prestado un pequeño monto para comprar remedios, siendo entonces obligada a trabajar largas horas por día, todos los días de la semana, el año entero, recibiendo alimentación básica y hospedaje como pago sin, no obstante, cancelar la deuda. La servidumbre por deuda afecta a por lo menos 20 millones de personas hoy en día. El trabajo forzoso afecta a personas ilegalmente reclutadas por individuos, gobiernos o partidos políticos y obligadas a trabajar, generalmente, bajo amenaza. Otros conceptos a considerar son los de tráfico, trabajo infantil, casamiento precoz y forzoso. El tráfico involucra el transporte y comercio de personas –mujeres, niños u hombres– de una región a otra con la intención de someterlas a la esclavitud. El trabajo infantil afecta a casi 180 millones de niños en el mundo entero, ocupados en actividades que perjudican la salud y el bienestar. El casamiento precoz y forzado afecta a mujeres y niñas casadas sin opción y obligadas a vivir bajo servidumbre, acompañada generalmente de violencia física. Igualmente debe considerarse la servidumbre por hábito, fe, ideología o conciencia. La servidumbre se inicia por la fuerza y contra la voluntad, y con el tiempo acostumbra a los siervos. Después, los seres humanos sirven por hábito, voluntariamente y sin sufrimiento. No habiendo conocido la libertad y su significado, se someten ante quienes sus padres se sometieron solo bajo imposición. Servidumbre por fe significa la entrega al servicio de una creencia, por la voluntad deliberada de servir en misión de Dios o en reconocimiento de una gracia. La servidumbre por principios ideológicos es la defensa de ideales políticos y filosóficos, pero no siempre es racional, y puede confundirse con la servidumbre dogmática. Servir por conciencia significa entregarse a una causa por voluntad propia, por opción racional en defensa del libre arbitrio y de la condición humana. Para Sócrates, ¡sólo la servidumbre crea al señor!

El origen de la esclavitud y de la servidumbre. El hombre primitivo se alimentaba de la recolección que consumía *in natura* y de la carne de los animales que capturaba y mataba para consumir. Buscaba el sustento enfrentando a los otros y a los animales. Ante la escasez, se trababa la guerra hasta que los vencidos huían o eran hechos prisioneros, sometidos o asesinados, cuando servían de alimento para los vencedores. Sometidos al trabajo en las misiones más arriesgadas, los vencidos eran absolutamente impedidos de ir y venir. A partir de la organización social, los territorios eran delimitados no solo mediante la vigilancia, sino a través de la ocupación pastoril y, más tarde, por medio de las prácticas de cultivo. El poder sobre el territorio se organiza cada vez más y se concentra en los señores de las tierras y de los seres semovientes, e inclusive de personas. Los ocupantes de las glebas se tornaban siervos, libres para ir de un lugar a otro del mismo sitio, pero debiendo protección y satisfacción al señor, pagando aforo en productos de la agricultura y de la actividad pecuaria. Los caminos pertenecían a los señores, que disponían de ellos para el transporte de productos hacia el mercado y de tropas y máquinas para la vigilancia y la guerra. Los siervos y sus familias no solo ayudaban a conservar carreteras y caminos, sino que pagaban peaje como los viajeros en general. La esclavitud constituyó la base

económica de las primeras sociedades esclavistas, principalmente desde el siglo V a. C. hasta el siglo I d. C. Aristóteles consideraba que la esclavitud era una garantía indispensable para que los hombres libres pudiesen dedicar su tiempo a la política y al buen gobierno de la ciudad. Los esclavos eran considerados inferiores o inexistentes ante una persona libre. La remisión de la esclavitud en el Imperio Romano comenzó solo en el siglo I d. C., bajo la influencia de las ideas cristianas y, sobre todo, debido al agotamiento de las fuentes de nuevos esclavos con el fin de utilizarlos en la expansión territorial. Hasta el siglo XVII, sin embargo, hubo un gran crecimiento del número de esclavos debido a la explotación americana de la agricultura de gran extensión, bajo el régimen de *plantation*, en especial en el Caribe. El tráfico trasatlántico desembarcaba negros en Gorée, el lugar sin retorno, donde las familias se separaban para siempre. El comercio del "oro negro", constituido por el triángulo Europa-África-América, fue un factor que contribuyó a la acumulación de capital en Europa e hizo posible la Revolución Industrial.

América Latina y la explotación esclavista hasta la abolición. Los colonizadores europeos enseguida desistieron de someter a los indios al trabajo, prefiriendo matarlos a medida que expandían las fronteras de ocupación. Negros vencidos en las guerras tribales africanas serían traídos para trabajar en las plantaciones de caña de azúcar y serían explotados hasta la muerte en la gran empresa colonial exportadora. Bajo el dominio español, Cuba mantuvo la esclavitud hasta 1886, superada apenas por el Imperio de Brasil que la prolongó hasta 1888. Después de Nigeria, los brasileños, cuyos ancestros fueron esclavos, constituyen la mayor nación negra del mundo. Eran 76,4 millones de personas, o sea el 45% de la población del país en el año 2000. Actualmente, en dos tercios de los estados de la federación brasileña los negros son mayoritarios, donde más de 50% de las personas se declaran negras o pardas. Pero dos revoluciones hicieron que la esclavitud fuera menos conveniente que el sistema de trabajo remunerado. La Ilustración estableció un nuevo orden filosófico y político que culminó en la Revolución Francesa, con la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789; y un nuevo orden económico fue sucesor de la Revolución Industrial que se había iniciado en Inglaterra. En la colonia francesa de Santo Domingo comenzaron rebeliones en 1790, que posteriormente condujeron a la abolición de la esclavitud hacia fines de 1793. Sólo así la Convención Nacional Francesa confirmó y extendió la abolición a todas las colonias en 1794. Napoleón restauró la esclavitud en 1802, aunque sufriese una derrota fragorosa con la abolición en Haití, su principal colonia, en 1803. Finalmente, la Segunda República Francesa abolió la esclavitud en 1848. En las nuevas naciones independientes de la América española la abolición se estableció durante el proceso de independencia, muchas veces precedida de leyes de "libertad de vientres", en algunos casos, y en otros durante los primeros años de independencia. Argentina declara la "libertad de vientres" en 1813 y su constitución de 1853 da por abolida completamente la esclavitud. La Liga de las Naciones, de la cual la Organización de las Naciones Unidas fue su heredera, promovió la Convención contra la Esclavitud, que termina con la esclavitud y crea un mecanismo internacional para perseguir a quien la practique; fue firmada por los países miembros el 25 de septiembre de 1926 y está en vigor desde el 9 de marzo de 1927. Hoy en día hay países como Mauritania que todavía practican y protegen la esclavitud. El año 2004 fue designado Año Internacional de Lucha contra la Esclavitud y por la Abolición, exactamente por el bicentenario de la República de Haití, el primer Estado negro en todo el mundo, símbolo de la lucha y de la resistencia de los esclavos y del triunfo de los derechos individuales y de los principios de libertad, igualdad y dignidad. Teniendo en vista inscribir en la memoria de los pueblos la tragedia del comercio trasatlántico de esclavos, el día 23 de agosto de 2005 fue designado como Día Internacional para la Conmemoración de la Abolición del Comercio de Esclavos, en alusión a la noche del 22 al 23 de agosto de 1791, cuando comenzó la rebelión de Santo Domingo –Repúblicas de Santo Domingo y de Haití– que desempeñó importante papel en la abolición de dicho comercio.

América Latina después de la abolición. Bajo el mito de la democracia racial las sociedades latinoamericanas ocultan, esconden y legitiman el estigma, el preconcepto y la discriminación. Brasil no extinguió del todo la esclavitud y la servidumbre con el trabajo asalariado. En este país, aún hoy, "se esclaviza" a individuos en régimen de trabajo forzoso o se los somete a la servidumbre por deuda. La abolición de la esclavitud no abolió el preconcepto racial, que recrudeció en materia de estigma y exclusión. Actualmente, la desigualdad de ingresos es ostensiblemente desfavorable para los brasileños afrodescendientes, discriminados en el acceso al trabajo y a la educación. La discriminación racial ejercida sobre indios y africanos se extendió con la república brasileña a los emigrantes europeos y asiáticos. Los descendientes de polacos son los "negros al revés", así llamados en el sur. En lo que se refiere al trabajo forzoso, la Organización Internacional del Trabajo estima que hay en América Latina y el Caribe 1,3 millones de personas víctimas de dicha modalidad de

sumisión. Brasil enfrenta este problema con medidas como la liberación de trabajadores o el combate contra la impunidad. En 2004, países como Bolivia y Perú asumieron importantes compromisos contra el trabajo forzoso. Este afecta, entre otros, a los empleados en minas privatizadas, en industrias montadoras de zonas francas industriales y en el trabajo doméstico; hay casos incluso de abuso en el servicio militar obligatorio. Las formas más graves de trabajo forzoso fueron documentadas en la región del Chaco Boliviano, pero la servidumbre por deuda existe en otras áreas del país. En Perú, el trabajo forzoso es el resultado del sistema ilegal de reclutamiento y contratación de mano de obra en la cuenca del río Amazonas. Los pueblos indígenas de América Latina, que viven en áreas remotas, son especialmente susceptibles de ser sometidos a reclutamiento coercitivo y a la servidumbre por deuda. Por eso, fundamentadas en la crítica al principio de la igualdad formal ante la ley, que no garantiza iguales oportunidades a los menos favorecidos y menos privilegiados socialmente, las políticas de acción afirmativa se organizan alrededor de una demanda concreta de igualdad de oportunidades, buscando restituir de esta manera la igualdad entre los diferentes grupos raciales, con un tratamiento diferenciado y preferencial a quienes históricamente fueron marginados. La iniciativa de establecer porcentajes destinados a negros e indios del total de plazas ofrecidas por las universidades públicas brasileñas es una política de acción afirmativa, que debe contribuir a mitigar el daño acumulado durante siglos de segregación racial.

¿Qué será de la esclavitud y de la servidumbre? La restricción absoluta o relativa de la autonomía de la persona humana se configura bajo diversas formas de esclavitud y servidumbre. La propiedad física y la limitación del individuo mediante amenaza o violencia constituyen la anulación y el sometimiento de la persona, con apropiación del resultado de su trabajo corporal o intelectual, para satisfacción del señor o del patrón y la composición de su patrimonio. En el mundo contemporáneo, dentro de la globalización del capitalismo, en que el capital se desplaza sin respetar reglas y fronteras, subordinando a estados nacionales y sus poblaciones, la esclavitud y la servidumbre también adquieren nuevas formas, en que la anulación de las personas, con restricción al desarrollo, se verifica también y principalmente por la falta de empleo y remuneración condigna del trabajo, por la baja escolarización, por el analfabetismo, el hambre, la enfermedad, incluso por la falta de recreación y acceso a la cultura. La insuficiencia de políticas públicas de promoción, protección y defensa de la vida, el acceso restricto o su inexistencia, pueden contribuir a postergar indefinidamente la eliminación de la esclavitud y de la servidumbre, mientras perduren desigualdades creadas por la economía y acentuadas por la política. La bioética entiende que la actual fase de desarrollo de la ciencia y de la tecnología es suficiente para viabilizar la más plena realización de los individuos, siempre y cuando ellos no sean apenas sujetos y señores de sí mismos, sino capaces de realizar opciones justas, moralmente plurales, y de este modo sean capaces de modificar no solo la propia existencia, sino la existencia de todos los hombres y de todas las mujeres y la historia de la humanidad.

Referencias

Giovanni Berlinguer. *Bioética cotidiana*, Brasilia, UnB, 2004. - Leo Hubermann. *História da Riqueza do Homem*, Río de Janeiro, LTC, 1986. - Human Rights Education Associates / HREA. *Año Internacional de Lucha contra la Esclavitud y por la Abolición (2004); Día Internacional para Conmemoración de la Abolición del Comercio de Esclavos (23, 08, 2005); La esclavitud y el trabajo forzoso,* Internet, sitio visitado el 4 de marzo de 2006. - Luciana Jaccoud, Nathalie Beghin. *Desigualdades Raciais no Brasil*, Brasilia, IPEA, 2002. - Etienne La Boétie. *Discurso da Servidão Voluntária,* sitio Consciência. org, visitado el 10 de marzo de 2006. - Jean-Jacques Rousseau. *Do Contrato Social*, São Paulo, Nova Cultural, 2005. - Milton Santos. *Por uma outra globalização*, Río de Janeiro, Record, 2004. - ONU-OIT. *Lucha contra el trabajo forzoso en América Latina*, Departamento de Comunicación, Internet, 18 de mayo de 2005.

Desplazamiento (refugiados internos)

Ana Lucía Rodríguez (Colombia) -
Universidad Nacional de Colombia

Desplazamiento interno forzado. En la actualidad, una de las más graves violaciones a los Derechos Humanos e infracción al Derecho Internacional Humanitario es el desplazamiento interno forzado de personas o grupos de personas. Es grave por la continuidad y frecuencia del fenómeno, por el carácter complejo de sus causas y manifestaciones y por el silencio que, hasta hace muy poco tiempo, se extendía sobre el mismo. Las Naciones Unidas, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH), en los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos, define que "*se entiende por desplazados internos las personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado o para evitar los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida*".

Semejanzas y diferencias entre refugio y desplazamiento interno. Cuando los éxodos se hacen atravesando fronteras de países, estamos hablando de refugiados. Pero si se producen dentro del mismo país, de una región o lugar a otro, estamos frente al fenómeno del desplazamiento interno. Es decir, la única diferencia entre el refugiado y el desplazado está dada por el cruce de fronteras; la semejanza se encuentra en que ambos grupos se han visto obligados a abandonar sus lugares de origen por razones con frecuencia similares que no dependen de su voluntad. La Declaración de Cartagena, de 1984, en su tercera conclusión identifica como refugiados a "*las personas que han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los Derechos Humanos u otras circunstancias que hayan agravado gravemente el orden público*". Los movimientos humanos configuran el fenómeno del desplazamiento cuando concurren tres requisitos: a) Elemento objetivo: efectivamente ocurre el desplazamiento de las personas, las cuales deben abandonar su lugar de residencia o sus actividades económicas habituales, de las cuales derivan su sustento. b) Elemento subjetivo: el movimiento se lleva a cabo motivado por la defensa de la vida, de la integridad física, de la seguridad o de la libertad, las cuales o han sido vulneradas o han sufrido una evidente amenaza. c) Causas del desplazamiento: las amenazas o vulneraciones provienen de situaciones definidas: conflicto armado interno, disturbios o tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario o graves alteraciones del orden público.

Régimen internacional de protección. La verdad es que transcurrieron varios siglos de existencia del problema sin que hubiera tenido una atención particular de parte de los Estados o de las competencias internacionales. A nivel internacional, la realidad innegable de grandes poblaciones amenazadas en su integridad por causa de las guerras y refugiadas en países diferentes al propio, empieza a ser atendida por las Naciones Unidas a partir de la expedición del Estatuto de los Refugiados y de la creación del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur). Este estatuto fue establecido el 14 de diciembre de 1950 por la resolución 428 de la Asamblea General y constituye el instrumento principal del Acnur. A diferencia del estatus de refugiado que recibe reconocimiento oficial del país receptor con un marco jurídico definido, la protección de los desplazados internos está bajo la responsabilidad primordial de los gobiernos nacionales. A nivel internacional, solamente en la década de los noventa se inicia la elaboración y se logra el reconocimiento mediante una resolución por parte de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, de los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos, en el año de 1998. Dichos principios, publicados en 1999 por las Naciones Unidas, reflejan la normativa internacional de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario. Los Principios Rectores están compuestos por 30 principios, organizados en 5 secciones bajo los siguientes títulos: Sección I: Principios generales, donde se hace un reconocimiento a las condiciones de igualdad de los desplazados para ser respetados en sus derechos y libertades según el derecho internacional y el derecho interno. Sección II: Principios relativos a la protección contra los desplazamientos. Se reconoce que los gobiernos deben ante todo ofrecer condiciones de protección a las personas amenazadas de ser desplazadas de manera forzosa, y la prohibición de realizar desplazamientos arbitrarios. Sección III: Principios relativos a la protección durante el desplazamiento. En esta sección se encuentra la mayor parte de los principios, desde el 10 hasta el 23, ante todo, para proteger el derecho inviolable a la vida, a la dignidad, a la integridad física, mental y moral, a la libertad y a la seguridad personales, a la asistencia humanitaria en condiciones adecuadas a su dignidad. Sección IV: Principios relativos a la asistencia humanitaria, siguiendo las exigencias internacionales de humanidad, imparcialidad y no discriminación. Sección V: Principios relativos al regreso, el reasentamiento y la reintegración, según los cuales las autoridades deben respetar condiciones de voluntariedad, seguridad y dignidad de los desplazados internos.

Instancias de atención. Como se dijo arriba, el mandato del Acnur no abarca específicamente a los desplazados internos. Pero debido a que los civiles internamente desplazados se hallan involucrados y afectados en los mismos conflictos y afrontan iguales problemas que los refugiados, la institución ha extendido su mandato para apoyar a esta población. Sin embargo, no existen instrumentos internacionales específicos que contemplen a los desplazados internos. Este compromiso lo realizan el Acnur y OCAH, como función subsidiaria y complementaria con los Estados donde opera, guardando siempre la claridad sobre la responsabilidad de los gobiernos nacionales frente a esta población. Poco a poco, los gobiernos han venido legislando y estableciendo políticas públicas para atender el fenómeno en sus propios países. Aparte de las Naciones Unidas, a nivel internacional el CIRC, la OEA, el PMA y la Unión Europea han emprendido acciones tendientes a establecer programas de atención a los desplazados, con una incidencia positiva sobre sus resultados. A nivel

regional, se cuenta con la Conferencia Internacional sobre Refugiados Centroamericanos (Cirefca), la cual recomendó en 1989 que "*la comunidad internacional otorgue mayor atención y apoyo a la problemática de los desplazados y que, para el efecto, el Secretario General de las Naciones Unidas asigne, después de consultas con los Estados miembros, las responsabilidades correspondientes*". No obstante, la suerte de los desplazados internos es más difícil que la de los refugiados ya que con frecuencia los gobiernos los asimilan como "adversarios". Por otro lado, los donantes humanitarios internacionales se muestran con frecuencia reacios a intervenir en conflictos internos o a procurar una asistencia continuada.

Dimensión internacional del problema y derechos violados a los desplazados internos. En la actualidad, a nivel mundial, cerca de 25 millones de personas sufren el desplazamiento forzado dentro de sus países. Según datos del Acnur, en 2005 los tres países con mayor población desplazada eran: Sudán con 6 millones, Colombia con 3.400.000 y la República del Congo con 2.330.000; le sigue un grupo de países con poblaciones desplazadas entre 1 y 2 millones: Uganda, Turquía, Iraq y Argelia. Finalmente, un tercer grupo con poblaciones desplazadas entre 300.000 y 1.000.000: Angola, Zimbabwe, Kenya, Somalia, Líbano, Azerbaiyán, Federación de Rusia, India, Bangladesh, Myanmar, Sri Lanka, Indonesia y Costa de Marfil. El hecho mismo de que una persona o una colectividad tengan que huir de su lugar de domicilio connota la violación per se de varios derechos fundamentales, consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, entre los cuales encontramos el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad (art. 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos). Subyace en la decisión del desplazado la necesidad de defender su vida amenazada por la inseguridad y falta de protección. Su decisión de desplazamiento no obedece a una libre determinación y en ese sentido se viola su derecho a la libertad. A la libre circulación y elección de residencia (art. 13). Al desplazado le quedan limitados sus movimientos, se reducen al máximo sus posibilidades de circulación y queda obligado a residir no donde quiere sino donde las circunstancias lo han enviado. A la familia y a la propiedad (arts. 16 y 17). El desplazado generalmente tiene que desprenderse de su familia: se ocasiona su desarticulación y sufre los graves traumas psicosociales que ello conlleva; igualmente, al separarse abruptamente de su domicilio debe dejar a la deriva sus pertenencias y propiedades. A la igualdad (art. 7). El desplazado, por su condición de debilidad, es discriminado por su no pertenencia al lugar de arribo. La condición de desarraigo reduce al desplazado a situaciones de máxima vulnerabilidad al impedirle la realización de sus derechos económicos, sociales y culturales. De hecho, pierde sus posibilidades de trabajo y de vinculación con su red de familiares y amigos; se sustrae de su ambiente cultural, lo cual es más grave aún si se trata de comunidades indígenas y campesinas, por las dificultades de adaptación a un medio que les es ajeno y por su relación vital con la tierra.

Algunas consecuencias de los desplazamientos internos. Algunas de las consecuencias incluyen el despoblamiento de zonas agrarias, el crecimiento desordenado de las ciudades y la ampliación de las zonas marginales y urbanas, la disminución de la producción y los consiguientes aumentos en precios, la recomposición de la tenencia de la tierra, los costos adicionales que ocasionan la reubicación permanente de empleados, la alteración del mapa electoral, el incremento del abstencionismo y la generación de problemas psicosociales. (...) Según la Conferencia Episcopal Colombiana, los efectos del desplazamiento forzado se pueden clasificar según el afectado:

a) Los que recaen directamente sobre el desplazado en el ámbito personal y familiar: desarraigo, pérdida de la identidad, pérdida de los patrones de referencia, cambio brusco del ambiente físico, social y cultural, confusión y aislamiento. Descomposición familiar: es común el asesinato o la desaparición del padre de familia, situación que obliga a la mujer a asumir sola la jefatura del hogar y la situación de crisis por el duelo. La familia también experimenta frustración al perder el estilo de vida anterior a la violencia. Deterioro de la salud física: el empobrecimiento de las condiciones de vida y el estrés son factores con alta influencia sobre algunas enfermedades como problemas digestivos, desnutrición (en los infantes retraso de crecimiento y desarrollo), infecciones respiratorias agudas, complicaciones del sistema nervioso, etc. Deterioro de la salud mental: la desesperanza, el temor, la confusión y la humillación son solo unos cuantos dentro del cúmulo de sentimientos que desmotivan a los desplazados a iniciar un proyecto de vida; es normal que se presente estrés postraumático y ansiedad e incluso neurosis obsesiva y depresión. Marginación laboral, pobreza y desempleo.

b) Los efectos que implican a las comunidades y poblados de origen y de llegada: los efectos que atañen a las comunidades y poblaciones se pueden clasificar a su vez en los del lugar de origen del desplazamiento y los del lugar de llegada. En el lugar de origen: estos poblados son el escenario de la guerra misma y presencian la violación de los Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario; debido a las

características del poblado se pueden presentar dos situaciones: asentamientos expulsores de desplazados y asentamientos con doble condición de expulsores y receptores; en el primer caso la tendencia obvia es a la disminución de la población e incluso a su desaparición total. Uno de los efectos más graves en los poblados de origen es la destrucción de la organización social, mediante el asesinato y el destierro de los líderes comunitarios, acabando así con los grupos de base de una comunidad e intimidando a la población para limitar cualquier acción de interés social. Por otra parte, también se atenta contra la producción agropecuaria al obligar a los campesinos a abandonar sus tierras, lo cual genera también crisis económica. En el lugar de llegada: los asentamientos urbanos que recepcionan población desplazada no están preparados ni cuentan con los recursos necesarios para cubrir esta emergencia y brindar al desplazado una recepción digna y acorde con sus necesidades; en estas condiciones el desplazado que llega con las manos vacías se ve en la obligación de vivir en condiciones de miseria, y la mayoría invade terrenos de propiedad privada o del Estado, sin acceso a servicios públicos y en total marginalidad.

c) Los relacionados con la sociedad y con la nación. Dentro de los efectos relacionados con la sociedad y con la nación encontramos: la pérdida de credibilidad por parte de la población civil hacia el Estado como ente protector y encargado de la defensa de los derechos fundamentales. La imagen internacional deteriorada por la violación del Derecho Internacional Humanitario y de los acuerdos internacionales para la protección de la población civil. El temor generalizado de la ciudadanía a participar activamente en propuestas sociales y políticas tendientes a la búsqueda del desarrollo y la paz, lo que atenta contra la democracia. La destrucción de organizaciones comunitarias, gremiales y de base, y a su vez de los proyectos comunitarios y sociales. Los cambios bruscos en la distribución territorial de la población debidos al abandono del medio rural y su concentración masiva de población en los centros urbanos. Los efectos económicos van desde la disminución de la producción, especialmente la agrícola, hasta el aumento del desempleo.

Referencias

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur). *La situación de los refugiados en el mundo. Desplazamientos humanos en el nuevo milenio*, 2006. - Acnur. *Programas y estrategias del Acnur en 2007,* diciembre 2006.

Autonomía individual

Marco Segre (Brasil) - *Universidad de São* Paulo

La autonomía como principio ético. Al escribir sobre autonomía en un diccionario de bioética, podemos discurrir inicialmente sobre el principio de autonomía, uno de los cuatro fundamentos del "principialismo" mencionados por Beauchamp y Childress en sus *Principios de ética biomédica*. Los principios de la bioética, que constituyen lo que denominamos principialismo, se deben a esos autores y recibieron la influencia del Belmont Report dirigido a garantizar la eticidad de la investigación con seres humanos. Cuando se busca establecer "principios", en verdad se quiere erigir una norma, una regla, en fin, un norte, que esté de acuerdo con lo que sentimos que son tendencias. Siempre es oportuno recordar que la postura ética emerge de la percepción de un fenómeno que sucede dentro de cada uno de nosotros. Esa situación es evidente en tres de los principios de la bioética: autonomía, beneficencia y no maleficencia (el de justicia está, por lo menos en parte, fuera de esta reflexión), y precede a la mera obediencia a reglas, códigos o principios. El principio de autonomía ha sido destacado básicamente en los Estados Unidos para codificar la relación entre el "usuario del servicio de salud" y el profesional que lo atiende. Es evidente que, ideológicamente, el respeto a la individualidad humana, meta del humanismo europeo, se constituye en sustrato de esa búsqueda de "praxis". Pero en tanto es uno de los rasgos presentes en la cultura de nuestros hermanos del Norte como búsqueda de resarcimiento por todo lo que se considera ilícito, es a la vez la motivación para la creación, a partir de ese país, de una "bioética de principios". La idea de autonomía es una conquista reciente. El respeto a la individualidad, el reconocimiento de que el otro puede pensar y sentir a su propia manera, y de que este debe ser respetado en ese aspecto, se delineó durante la Ilustración europea, ganó cuerpo a partir de Descartes, Montesquieu, Rousseau y después Kant (que era, sin embargo, mucho más un deontologista –moral de los deberes– que un autonomista) y llegó después a contribuir eficazmente para su comprensión, a través de la interiorización y del autoconocimiento que el psicoanálisis de Sigmund Freud proporciona. De este último aprendemos –aunque cuestionando la autonomía justamente a causa del inconsciente– que es precisamente mediante algún conocimiento de ese inconsciente que podremos llegar a buscar la autonomía.

La autonomía como abstracción. Se puede ver, por otro lado, que la autonomía es una abstracción. Partimos del presupuesto de que ella existe. Ese

presupuesto es una creencia, que transita en el terreno de la afectividad y no solamente del pensamiento racional. Así como un religioso puede ser incapaz de "pensar" haciendo abstracción de los designios divinos de los cuales todos dependeríamos, o un jurista pragmático nada conseguiría "innovar" afiliándose irrestrictamente al ordenamiento legal vigente, nosotros, como autonomistas, optamos por la aceptación de un libre albedrío, de un ejercicio de la voluntad, de un *self* trascendente a todos los condicionamientos virtualmente recibidos. No contradice el presupuesto de la autonomía el hecho de que exista un inconsciente que desconocemos; tampoco lo hace la existencia de la "doble hélice" del ADN, que estructuraría nuestro "ser"; mucho menos las experiencias de nuestra vida. Si todo lo que pensamos no es nada más que el resultado de un "parto informático" trascendental, el hombre jamás será "sujeto" de su destino. La idea de que fue el hombre el que creó a Dios, y no al contrario, nada tiene de afrentoso para los religiosos, puesto que la realidad divina existe solamente para aquellos que creen en ella. El principio de autonomía, es bueno que se diga, padece de una dificultad de delineamiento conceptual porque se trata, en el caso de la autonomía, de una condición medida por terceros y que no puede traer dentro de sí la realidad de las limitaciones de juicio, y de acción, que la persona efectivamente tiene.

Reflexión autónoma. La expresión "ética de la reflexión autónoma" pretende indicar la personalidad y la individualidad de la reflexión ética, en la cual el "sujeto", mediante la introspección, explicitando sentimientos muchas veces conflictivos, busca pensar "su" solución para esos conflictos. Siempre hablamos mucho de los aspectos emocionales y, naturalmente, también de la creencia religiosa, no por entender que son ellos los que deben dirigir nuestro "pensar ético". Hablamos de esas emociones porque en el momento en que las percibimos ellas pasan a integrarse a nuestra racionalidad y, entonces, obtenemos las condiciones para administrarlas, para evaluar sus aspectos favorables y los desfavorables. Contrariamente a la visión que se pueda tener, en un primer momento, de que se trata de un enfoque ético "irracional", "apasionado", lo que se pretende buscar es exactamente la percepción de la emoción, sentimiento, o creencia, que, quiérase o no, serían el *primum movens* de la elección de nuestro "norte ético", para que podamos analizarlos y, después, a la luz del conocimiento y de la racionalidad, establecer si nuestra postura es apropiada para una determinada situación. Es mucho más confortable, para ese intento de encaminar cualquier dilema ético, la consulta de un código, a un sacerdote (de cualquier religión), o de principios construidos hasta por "bioeticistas". Sin embargo, el conflicto interno de un profesional de la salud frente a un enfermo terminal, o frente a la perspectiva de un aborto deseado por la madre, o ante la preservación de la confidencialidad profesional ante el paciente en situaciones de riesgo para terceros, por ejemplo, es un conflicto propio de él, como profesional, antes de cualquier ley. Este intento de reflexión autónoma, que patentiza creencias, sentimientos y pasiones que, cuando no son determinantes, son poderosas influencias sobre nuestro pensar y nuestra acción ética, tiene como objetivo, mediante el conocimiento de las ya referidas "primeras causas", proporcionar alguna aproximación –aunque haya la posibilidad de que no exista concordancia– entre los "extraños morales" citados por el eminente bioeticista estadounidense H. Tristram Engelhardt Jr. Es precondición, para esa reflexión autónoma, la capacidad de sintonizarse, de tener empatía, o de comprensión (aunque dentro de la disensión) por el otro. De ese modo, ponemos tal vez como único, y seguramente más importante, requisito de esa ética la *capacidad de estar junto* con el prójimo, algo que pasa por la comprensión y por la solidaridad, algo que, según la teoría freudiana, el hombre solamente podrá obtener mediante la superación de su Edipo, cuando deje de ver solamente a la madre (dependencia) y tenga entonces espacio emocional para crear vínculos afectivos con otras personas. Seguramente esa "reflexión autónoma", que muy poco tiene que ver con la pragmática "autonomía" de Beauchamp y Childress, es una abstracción.

Nunca podremos decir hasta qué límite nuestros comportamientos fluyen intrínsecamente de cada uno de nosotros, o si resultan de la acción de nuestros genes y de las vivencias y experiencias de la vida. Leibniz afirmaba, de forma parecida con el actual Henri Atlan, y mucho tiempo antes de la era de la informática, que, no obstante el ideal de la autonomía, "todo ya estaría previsto", cualesquiera que fueran las actitudes de los Hombres, como si fuéramos todos constituyentes de un proyecto de informática trascendental. Puede que esto sea verdad, pero si no creemos en la posibilidad de que –aunque de forma restricta– *nosotros seamos nosotros mismos*, la autodeterminación y, consecuentemente, la vida pierden consistencia. Aunque sea mucho más angustiante ese mecanismo de reflexión ética que propongo ahora –tanto cuanto sea posible sin parámetros.

Referencias

T. L. Beauchamp, J. F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics,* 3rd ed., New York, Oxford University Press, 1989 (Traducción española de la 4ª edición, *Principios de ética biomédica,* Barcelona, Masson, 1999). - S. Freud. *O ideal do ego*, Río de Janeiro, Imago, 1980 (Edição Standart Brasileira

das Obras Psicológicas Completas, Vol. 19). - I. Kant. *Crítica da razão prática*. Río de Janeiro, Ediouro, s. d. - M. Segre. "Introdução à criminologia", en C. Cohen, F. C. Ferra e M. Segre (orgs.), *Saúde mental, Crime e Justiça*, Edusp, 1996, pp. 25-32. - M. Segre. "Considerações Críticas sobre os princípios da Bioética", en M. Segre, C. Cohen (orgs.), *Bioética,* 3ª ed., Edusp, 2002, pp. 35-40. - M. Segre. "Definições de Bioética e sua Relação com a Ética, Deontologia e Diceologia", en M. Segre, C. Cohen (orgs.), *Bioética*, 3ª ed., Edusp, 2002, pp. 27-34. - H. T. Engelhart Jr. *The Foundations of Bioethics*, 2nd ed., Oxford University Press, 1996. (Traducción española *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995).

Directivas anticipadas

Luis Guillermo Blanco (Argentina) - *Colegio de Abogados de Santa Fe*

Concepto. Jurídicamente –en algunos países por disposición de ley y en otros según autorizados especialistas o las conclusiones de ciertos encuentros profesionales (v. gr., VIII Jornada Notarial Iberoamericana, México, 04-07/02/1998)–, los interesados pueden efectuar *disposiciones y estipulaciones para la eventual propia incapacidad,* tanto respecto de su persona (v. gr., nombrar a su curador, para el caso de incapacidad mental) como de su patrimonio (v. gr., algún tipo de fideicomiso), tratándose de instrumentos escritos que algunos denominan "documentos de autoprotección". Una especie de ellos son las *directivas médicas anticipadas*, como se denomina a una variedad de documentos mediante los cuales una persona civilmente capaz y bioéticamente competente, sana o enferma y en uso de su autonomía, consigna determinadas pautas o indicaciones referentes a cómo deberá procederse a su respecto en materia de la atención médica que se le prestará ante un futuro estado patológico, en caso de incompetencia sobreviniente. O sea que sus otorgantes expresan cómo desearían ser tratados en ocasión de enfrentar situaciones de grave riesgo de muerte o discapacidad, para el caso que no estuvieren en aquel momento (futuro, hipotético) en condiciones de manifestarse o de que su manifestación sea tomada en cuenta (demencia, coma, confusión, etc.). Así expresan sus preferencias que están sustentadas en sus valores, de acuerdo con los cuales requieren determinadas acciones (o inacciones) médicas. Se trata de decisiones informadas (dadas por adelantado) con respecto a los tratamientos médicos que se aceptan o rechazan, y constituyen una indicación válida –de valores y direcciones para la acción moral– para sus familiares y para los profesionales de la salud, destinadas a la toma de decisiones relacionadas con contingencias graves de salud o en la etapa final de la propia vida, por todo lo cual merecen respeto y acatamiento. Con ellas se puede recusar una o más prácticas médicas específicas o su instrumentación en determinadas circunstancias (por lo cual las directivas anticipadas no implican "siempre" una "renuncia" general a tales tratamientos, sino que pueden disponer que se efectúe tal o cual práctica médica) y pudiendo atender a situaciones como el diagnóstico de "muerte cerebral" o al estado vegetativo permanente a los fines de la abstención o retiro de medios de soporte vital. También pueden contener previsiones referentes a los cuidados paliativos. Como todo paciente puede dar verbalmente diversas directivas, referentes a su atención, a su médico tratante –siendo de buena práctica volcarlas por escrito en la historia clínica del primero–, puede decirse que las directivas anticipadas han de considerarse sustitutivas de la expresión de voluntad oral del paciente y que, frente a ellas, no cabe duda de que la solicitud que contengan es voluntaria y ha sido bien meditada. Es claro que un recaudo indispensable para la debida consideración de las directivas anticipadas es la existencia del diálogo, de la veracidad y de la confianza propias de una buena relación médico/equipo de salud-paciente. Y ello porque las directivas anticipadas no pueden remplazar la deliberación directa y en el momento oportuno con el propio paciente, sino que han de asegurar las preferencias de ese paciente a la hora de tomar decisiones. Ello con racionalidad y prudencia, y preferentemente fuera de los ámbitos judiciales. Porque así como las directivas anticipadas no son hábiles para resolver "automáticamente" todos y cada uno de los problemas, conflictos o dilemas que se plantean en la clínica diaria ante pacientes incompetentes y en ocasiones críticas que, linden o no con la muerte, es claro que ellas son lo mejor que se ha logrado para tratar de honrar las preferencias del paciente cuando no las puede expresar verbalmente.

Modalidades de directivas anticipadas. Actualmente las directivas anticipadas presentan tres modalidades principales: a) El "testamento de vida" (*living will*) –"testamento vital" o "testamento biológico"–, documento que generalmente contiene la solicitud de una persona para que, en caso de padecer una enfermedad incurable en fase terminal y pérdida de la capacidad para decidir, no se prolongue artificialmente su vida sometiéndolo a medios de soporte vital –que así rechaza– cuando no exista esperanza razonable de recuperación. Este tipo de documento fue admitido por la Conferencia Episcopal Española, en septiembre de 1989, en un informe sobre "El acompañamiento al moribundo y la legalización de la eutanasia", proponiendo la difusión de un *testamento vital*, cuyo texto estableció, como un medio de evangelización para promover la buena muerte entre

cristianos. b) La designación de un "representante legal" (o "apoderado") en cuestiones de salud (*durable power of attorney for health care decisions*), quien será el interlocutor válido y necesario del equipo médico para adoptar decisiones terapéuticas por el paciente que se ha tornado incompetente, para lo cual se lo autoriza. Puede designarse a más de un apoderado para que, uno en sustitución del otro, sean consultados sobre las decisiones a tomar, pero debe advertirse que su otorgante no está haciendo aquí otra cosa que designar expresamente a la persona que reputa más idónea para que decida por él, la cual, de no existir este documento y de acontecer la situación clínica que se contempla, de ordinario desempeñaría igualmente tal rol. c) La tercera directiva anticipada resulta de una combinación de las dos primeras, instrumentada en un solo documento, de tal modo que el "representante" cuenta aquí con instrucciones escritas a seguir, también dirigidas al médico. En estos dos últimos casos, preferimos llamarlo *mandato de autodeterminación* (*médica*), dado que "autoprotección" parecería dar la idea de que habría que "protegerse" de alguien (de los médicos), en tanto que la voz "autodeterminación" privilegia el aspecto volitivo. Las directivas anticipadas pueden referirse al rechazo de un solo tratamiento, independientemente de cuál fuere la patología que presentase su otorgante. Por ejemplo, es común que los testigos de Jehová porten una "directiva médica anticipada/exoneración" en la cual, entre otras menciones, consta que no admiten transfusiones de sangre en ninguna circunstancia, pero sí expansores sanguíneos, así como también que su otorgante exonera de responsabilidad a los médicos y al hospital por cualquier daño que pudiera ocasionarle su rechazo de la sangre, y autoriza a la(s) persona(s) que aquí se nombra(n) a vigilar que se respeten sus instrucciones enunciadas en esa directiva. Resulta claro que, en éste y en casos similares en los que las directivas anticipadas respondan a razones de conciencia –aunque se trate de situaciones de urgencia médica–, la objeción general que les ha sido efectuada para restarles crédito –el hecho de que individuos que gozan de buena salud juzguen una enfermedad de antemano y en abstracto cuando otorgan estos documentos– pierde relevancia, al igual que cuando la salud de su otorgante se encuentra quebrada.

Fundamentos jurídicos. Como las directivas anticipadas se instrumentan en Latinoamérica pese a no encontrarse expresamente contempladas por la ley, corresponde referirnos a su eficacia y operatividad jurídica, a cuyo respecto entendemos que su empleo carece de obstáculos legales, no habiendo sido óbice su falta de regulación legal específica para que destacados juristas admitan su validez, para que se instrumenten por escrito y aun notarialmente, para que los médicos las acaten y para que hayan tenido reconocimiento jurisprudencial. Máxime siendo que las directivas anticipadas encuentran fundamento jurídico suficiente en preceptos de orden constitucional (y en otros tales obrantes en diversas declaraciones o convenios internacionales, como el Pacto de San José de Costa Rica) y legal atinentes a la dignidad humana, a la autonomía personal y al derecho a la privacidad, a la disidencia terapéutica y a la negativa a un tratamiento, normas que resultan enteramente aplicables, pues, en definitiva, no se trata aquí de otra cosa que manifestaciones de voluntad brindadas al amparo de lo prescrito por dichos preceptos. Se ha afirmado que estos documentos, destinados a reglar la forma en que el interesado habrá de vivir sus últimos días, son absolutamente lícitos y vinculantes (jurídicamente obligatorios) para sus destinatarios. Así lo ha señalado el Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva en sus "Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico" (1998), al indicar que una directiva anticipada del paciente, convenientemente verificada en su existencia y actualidad, "*deberá constituir una prioridad para ser respetado con independencia de la opinión del médico (equipo asistencial) y de la familia*". Se ha observado, además, que los "testamentos vitales" son actos jurídicos unilaterales que contienen disposiciones para las cuestiones que contemplan, en tanto que otras directivas anticipadas se instrumentan como auténticos contratos: v. gr., en general, el mandato de autodeterminación. En su sentencia del 09/02/2005, la Corte Suprema de Justicia de la provincia de Buenos Aires confirmó un fallo proveniente de un tribunal de familia, que había denegado la petición de un curador (el marido) para que se autorizase la interrupción de la alimentación e hidratación artificial de su cónyuge, que hacía siete años que se encontraba en estado vegetativo permanente. Más allá de un cierto desconocimiento de algunas características propias del estado vegetativo permanente que surge de este fallo, los votos sustancialmente concordantes de tres de sus ministros (Roncoroni, Kogan y Soria) ofrecen peculiar interés por cuanto coinciden en reconocer la importancia de las directivas anticipadas (ausentes en este caso), puesto que señalaron que por no haberla expresado en vida y al no contarse con una directiva anticipada, se desconocía la voluntad de la mujer afectada. Así lo observó el juez Pedro F. Hooft (Juzgado Criminal y Correccional de Transición N° 1, Mar del Plata) en su sentencia del 25/07/2005, referente a una acción de amparo tendiente a obtener el reconocimiento de una

directiva anticipada emitida por una mujer cuadripléjica –que además padecía otros males– e instrumentada en actuación notarial, en la cual expresaba su voluntad de no ser sometida en un futuro a intervenciones médicas invasivas que implicasen la instrumentación de "medios artificiales a permanencia" (con especial referencia a un respirador mecánico e hidratación y alimentación por tubo), y nombraba como mandatario suyo a su marido y como mandataria sustituta a su hermana. Planteo judicial que no entendemos para qué se realizó, puesto que nadie (según surge del fallo) había cuestionado la virtualidad de tal directiva anticipada. Se sentenció que dicha directiva anticipada debería ser respetada a futuro, teniendo por designados a esos representantes suyos "para el cumplimiento de la voluntad libremente expresada" por esa mujer y en orden al criterio del mejor interés del paciente. Así se demostraba que en la Argentina las directivas anticipadas son lícitas, operativas y eficaces, no requiriendo por tanto de "autorización judicial" alguna para su acatamiento. Esto también resulta implícitamente de algunas normas jurídicas aisladas, como el art. 4, inc. h), 7, ii), del decreto 208/01 (Reglamento de la Ley de Salud) de la Ciudad de Buenos Aires, en cuanto dispone que: "*Se podrá prescindir del procedimiento para obtener el consentimiento informado… cuando el paciente no pueda expresar su consentimiento y la gravedad del caso no admita dilaciones*, salvo que existan indicios *que permitan presumir la negativa del paciente a aceptar los estudios o tratamientos propuestos*". Y las directivas anticipadas constituyen mucho más que un simple indicio.

Necesidad de una legislación específica. Pese a lo dicho, sería recomendable contar con una legislación específica en materia de directivas anticipadas, las cuales, además de ser libremente revocables por su otorgante (en todo tiempo), deberían adjuntarse (o dejarse alguna constancia de su existencia) en su historia clínica. Y si bien no cabe exigir formalidades rigurosas a las directivas anticipadas, creemos que, en todo caso y a los fines de la prueba fehaciente de su autenticidad y de dotarlas de fecha cierta, la forma más idónea para instrumentarlas es por instrumento público (escritura notarial o documento de similar valor). Pero como ante situaciones de emergencia es posible que no se cuente con tal documento de inmediato, tal contingencia bien puede salvarse llevando el otorgante de la directiva anticipada una tarjeta portable (tipo "credencial") en la cual consten las principales indicaciones de la directiva anticipada, en dónde se encuentra ella y, en su caso, los nombres, direcciones y números de teléfono de sus representantes. Tarjetas que pueden ser expedidas por las autoridades del Centro de Salud en el cual se ha registrado la directiva anticipada en la historia clínica respectiva. Y así –fuera de que no se puede pretender que toda persona exprese sus directivas anticipadas–, poco y nada importa que el empleo de las directivas anticipadas sea escaso, pues lo que realmente interesa es que se respete a las que han sido otorgadas. Esto último, siempre que circunstancias realmente relevantes que aconteciesen con posterioridad a su otorgamiento –y a la pérdida de competencia del interesado, en su caso– no modificasen sustancialmente las condiciones a las que aluda lo dispuesto o estipulado en la directiva anticipada de que se trate, como podría serlo el aumento de las posibilidades de curación de determinada enfermedad (con lo cual esa directiva anticipada resultaría inadecuada), pues como ni la medicina ni el derecho son ciencias exactas y su mayor guía es la prudencia, estas situaciones nuevas pueden permitir el replanteo y las consultas del caso, a fin de atenerse a lo expresado en la directiva anticipada o adoptar alguna otra decisión. De allí que, más allá de la discusión referente a si las directivas anticipadas deberían tener un plazo legal de vigencia (de caducidad) y que este fuese o no renovable (todo lo cual nos parece improcedente para aquellas otorgadas por razones de conciencia), parece claro que las directivas anticipadas requerirían una cierta actualización periódica.

Referencias

George J. Annas. *The rights of patients. The basic ACLU guide to patients rights*, Southern Illinois University Press, Carbondale and Edwardsville, USA, 1989. - Luis G. Blanco. "Directivas médicas anticipadas: la disidencia, admisión y rechazo de tratamientos médicos y el derecho a morir dignamente", *Revista Notarial,* Nº 951, Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires, 2005, pp. 437-461. - Emanuele Caló. *Bioética. Nuevos derechos y autonomía de la voluntad*, Buenos Aires. Ed. La Roca, 2000. - Jorge L. Manzini. "Las directivas anticipadas para tratamientos médicos", Buenos Aires, *Jurisprudencia Argentina*, Ed. LexisNexis, tº 2001-IV, pp. 1264-1272. - Nelly A. Taiana de Brandi y Luis R. Llorens. *Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad*, Buenos Aires, Ed. Astrea, 1996.

Objeción de conciencia

Luis Guillermo Blanco (Argentina) - *Colegio de Abogados de Santa Fe*

Concepto. Puede decirse que la conciencia moral es nuestro mismo entendimiento en cuanto se ocupa de juzgar la rectitud o malicia de una acción, llevándonos a obrar de acuerdo con nuestra sincera convicción, en ejercicio de la autonomía moral, la cual significa que si voy a actuar de una forma ética, debo elegir por mí mismo lo que voy a hacer. Luego, obrar conforme a la propia conciencia

constituye una libertad propia del ser humano: la libertad de conciencia, la cual también consiste en no ser obligado a participar en un acto prohibido por la propia conciencia. Con base en la dignidad humana, y atendiendo al multiculturalismo y consecuente pluralismo propio de las sociedades democráticas contemporáneas –en las cuales conviven individuos de diversas cosmovisiones, credos, idearios e ideologías, cuyas pautas morales siempre tienen improntas propias distintivas y facetas disidentes–, así como también a las pautas de conducta propias con trascendencia jurídica de ciertos grupos sociales (v. gr., Los sin Tierra) que han dado lugar al fenómeno del "derecho alternativo" (especialmente en el Brasil), puede afirmarse que estas ideas se traducen en el imperativo ético y en el valor sociojurídico del respeto a la conciencia ajena, pues la aceptación de una sociedad pluralista consiste en el respeto de la moral de los otros (y que ellos respeten la nuestra). Por lo cual, por un lado, cabe preconizar el respeto por diversidades y discrepancias y, por el otro, la exclusión de la imposición de principios morales o de normas legales ajenas a las íntimas convicciones legítimas del agente moral, pues todo individuo tiene derecho a tomar las decisiones que lo atañen en concordancia con sus convicciones.

Perspectiva jurídica. Jurídicamente, la libertad de conciencia –que es una variante de la libertad de pensamiento (la cual a su vez es una especificación del derecho a la privacidad), que comprende a la libertad de creencias, sea en materia política, social, filosófica o religiosa (siendo un derecho más amplio que la libertad de cultos, que alude al derecho de practicar una determinada confesión religiosa)– abarca el derecho a pensar libremente, el derecho de cada uno a formar su propio juicio, sin interferencias del Estado ni de los demás hombres. Todo lo cual resulta a las claras del Pacto de San José de Costa Rica, en cuanto indica que "*toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento*" (art. 13, 1.), y contempla también, expresamente, la libertad de conciencia y de religión (art. 12). De allí se sigue la posibilidad y la licitud de la objeción de conciencia, que es una concreta manifestación de la libertad de conciencia, consistente en negarse a intervenir –ejecutar, participar, soportar (y aun presenciar)– en un hecho o acto de cualquier índole que violente la libertad de conciencia. Siendo que la objeción de conciencia se configura como una exigencia que reclama el respeto de una conducta dictada por la propia conciencia, esfera de inmunidad de coacción que excluye toda intromisión que coarte la sincera convicción de la persona o su libre adhesión a los principios que en conciencia se consideran correctos o verdaderos. La persona se rehúsa a hacer –ora excusándose, ora rechazando– todo aquello que contraría tales postulados íntimos. En particular, es la existencia de alguna legislación lo que provoca la objeción de conciencia, al generar la colisión de dos ordenamientos diferentes –y aquí antitéticos– en el seno de una conciencia individual, pero con proyección social (pues las consecuencias jurídicas de ciertos actos u omisiones se proyectan socialmente, abarcando a sus implicados): tal ley se enfrenta (y viceversa) a ciertas convicciones, a los propios imperativos de conciencia (filosóficos, morales, religiosos, sociales, políticos) de un ciudadano. Ahora bien, las normas legales pueden programar actos obligatorios, prohibidos (ambos en forma coercitiva) o facultativos. Esta última programación habilita a obrar o no, o de uno u otro modo, sin imponer la forma de lo actuado. Aquí, quien no está de acuerdo con la permisión legal, simplemente no la obra, porque está legalmente facultado para ello y sin consecuencia jurídica adversa alguna. Por ejemplo, si la ley faculta la práctica del aborto en ciertos casos (para preservar la vida o salud de la gestante; por ser la gestante jurídicamente incapaz; embarazo proveniente de violación; por indicación fetal; por razones socioeconómicas; por su propia voluntad autosuficiente), la mujer que no está de acuerdo con abortar, no lo hace, y listo. Pero la ley puede exigir obrar ciertos actos (y establecer penalidades para sus infractores) que pueden herir profundamente la conciencia de un ciudadano, como la prestación del servicio militar obligatorio. Respetando la diversidad de pensamiento y poniendo el acento en la dignidad de elegir, numerosos órganos judiciales de diversos países han admitido el derecho del ciudadano de negarse a prestar tal servicio –es decir, a su objeción de conciencia–, remplazándolo por un servicio equivalente, de otra naturaleza (v. gr., trabajo comunitario), o decidiendo que lo preste pero sin portar armas.

Los profesionales de salud y la objeción de conciencia. Volviendo al ejemplo del aborto, es claro que su práctica siempre es facultativa para la mujer. Pero si ella opta por abortar y lo solicita, ¿es deber legal de todo médico efectuarlo? Desde ya que no, pero con su debida justificación por razones de conciencia. Adviértase, pues, que algunas normas legales son absolutamente facultativas para uno de sus destinatarios, pero no lo son plenamente para el otro: al facultar a la gestante la práctica de un aborto, la ley a la vez determina que alguien debe efectuarlo: el médico. Y si este último no admite practicarlo por razones de conciencia (motivos religiosos, su interpretación del juramento hipocrático, etc.), es la propia ley la que lo faculta a ello mediante el ejercicio de la objeción de conciencia: la mujer embarazada no necesita aquí dar razones para no proceder a la práctica del aborto;

los médicos, sí. Siendo que la objeción de conciencia puede estar o no expresamente contemplada en normas legales particulares, lo cual no obsta para su procedencia, pues basta con la existencia de normas constitucionales o supranacionales (como las del Pacto de San José de Costa Rica, antes citadas) para admitirla. Con más lo dispuesto en los códigos deontológicos, los cuales, si bien carecen de la jerarquía normativa propia del rango de ley, son elementos harto relevantes en la buena práctica judicial. Por ejemplo, el *Código de Ética Médica* del Conselho Federal de Medicina del Brasil (1988) contempla como derecho de los médicos la posibilidad de recusar la realización de actos médicos, aunque estén permitidos por la ley, que fueren contrarios a los dictámenes de su conciencia (art. 28). En tanto que el *Código de Ética Médica* del Sindicato Médico del Uruguay (1995) establece que el médico "*tiene derecho a abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética aunque estén autorizadas por la ley. Tiene en este caso la obligación de derivarlo a otro médico*" (art. 32). Y esto último, si bien no es novedoso, es fundamental (la "Declaración de Oslo. Postulado sobre el aborto terapéutico", Asociación Médica Mundial, 1970, dice: "*Si el médico considera que sus convicciones no le permiten aconsejar o realizar un aborto, puede retirarse del caso, siempre que asegure la continuidad del cuidado médico por un colega cualificado*"). Porque si un médico considera que sus convicciones no le permiten aconsejar o realizar una determinada práctica, ello es aceptable y puede retirarse del caso, siempre que haga saber oportunamente de su objeción de conciencia tanto al paciente como a su superior jerárquico (en su caso) y que responsablemente asegure la continuidad de la asistencia médica por otro profesional idóneo para alcanzar el fin indicado. Puesto que no se trata –ni es admisible– aquí de la sola negativa, por más fundada que fuere, a efectuar tal o cual práctica médica, dado que el paciente cuenta con derecho a que aquella se le realice, no debiendo el primero calificar de moralmente indeseable una decisión que no comparte si ella es autónoma y, en su caso, facultada por la ley. Y de allí que la objeción de conciencia lleve implícita la derivación a otro profesional, cuya conciencia sí le permita proceder en el caso, bajo las mismas condiciones de información y libertad que debe gozar quien la requiere.

La objeción de conciencia en la práctica. En este orden de ideas y en una materia específica –esterilización quirúrgica–, el art. 24 de la ley 3338 de la provincia de Río Negro, República Argentina, indica que: "*Se respetará la objeción de conciencia de los(as) profesionales mediante la firma de un documento público que comprometa dicha objeción, tanto en la práctica asistencial pública como en la privada. La objeción de conciencia de los(as) profesionales no quita responsabilidad a los servicios de la red de asistencia pública de la provincia de la prestación de la práctica, debiendo arbitrarse los medios para su realización*". Precepto con el cual se trata de evitar la práctica de ciertas objeciones de conciencia de orden estratégico, dobles discursos y otras inmoralidades. Es más, toda objeción de conciencia formulada por un médico debe ser *fundada*. Quiere decir que toda objeción de conciencia ha de ser: a) idónea: el profesional que invoque la objeción de conciencia debe acreditar que la praxis de que se trate violenta sus creencias o convicciones íntimas (sinceridad y seriedad de su oposición); y b) oportuna, esto es, que su decisión no ponga en peligro cierto ni la vida ni la salud del paciente, para lo cual debe procurar ser remplazado a tiempo (adecuada instrumentación). Por supuesto, las autoridades hospitalarias tienen el deber de respetar dicha objeción de conciencia, y deben disponer el relevo pertinente. De lo contrario, la objeción de conciencia será, respectivamente, infundada (carente de sustento, si no arbitraria) o inoportuna. En el primer caso, si una supuesta objeción de conciencia es empleada como medio para diferir, impedir o no efectuar cualquier acto médico, este temperamento –a más de ser éticamente incorrecto– es pasible de generar responsabilidad jurídica del médico remiso, pues importa un incumplimiento doloso de sus deberes profesionales. De igual modo, cuando la objeción de conciencia es efectuada en forma intempestiva y/o abusiva y ello perjudica al paciente (v. gr., si no se ha procurado en tiempo y forma la actuación de otro profesional, no contándose con este último en la fecha fijada para efectuar la práctica médica cuestionada), su responsabilidad jurídica es también aquí indiscutible, pues dicha imprudencia resulta manifiesta. En ambos casos, el resarcimiento civil debe ser integral, comprendiendo el daño material, el daño moral y el daño psíquico. Por supuesto, la objeción de conciencia puede ser ejercida por todo profesional de la salud. Por ejemplo, la ley de ejercicio de la enfermería de la Ciudad de Buenos Aires, República Argentina (2000), menta como derecho de los profesionales y auxiliares de la enfermería el poder "*negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño a las personas sometidas a esa práctica*" (ley 298, art. 13, inc. c., de 2000). Finalmente, es de ver que pueden darse situaciones en las cuales el médico se sienta, en conciencia, obligado a intervenir en la práctica de un acto médico legalmente incriminado, según su propia ponderación de la autonomía decisoria del paciente y su visión de la

beneficencia/no maleficencia del acto en cuestión (no hablamos aquí de actos éticamente injustificables y que tampoco son actos médicos, como la tortura), aun a riesgo de padecer persecución legal. Por ejemplo, la ley no faculta al aborto por indicación fetal, en casos que la paciente esté gestando un feto afectado por craneosquisis con exencefalia y ella desee abortar. Si el médico considera que obligar a esa mujer a llevar a término tal embarazo importa imponerle un acto supererogatorio, objetando así esa prescripción legal, acceder a dicho pedido y practicar tal aborto es aquí –nos permitimos entender– una cuestión de conciencia.

Referencias

Juan C. Armenteros Chaparro. *Objeción de conciencia a los tratamientos médicos. La cuestión de la patria potestad*, Madrid, Ed. Colex, 1997. - Luis G. Blanco. "Esterilización quirúrgica: marco constitucional, leyes de ejercicio de la medicina, acción de amparo y objeción de conciencia", *Cuadernos de Bioética*, Nº 12, Buenos Aires, Ed. Ad-Hoc, 2006. - Carlos M. Cárcova. *La opacidad del derecho*, Madrid, Ed. Trotta, 1998. - Guy Durand. *La bioética*, Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer, 1992. - Léo Meyer Coutinho. *Código de Ética Médica comentado,* São Paulo, Ed. Saraiva, 1994. - Juan C. Tealdi. "Aborto: minoridad y minusvalía. ¿Cuánta carga es necesaria para justificar un aborto?", *Cuadernos de Bioética* Nº 4, Buenos Aires, Ed. Ad-Hoc, 1999, pp. 227-231. - Néstor P. Sagüés. *Elementos de derecho constitucional*, tomo 2, Buenos Aires, Ed. Astrea, 1997. - Andrew C. Varga. *Bioética. Principales problemas,* Bogotá, Ed. Paulinas, 1991.

Huelga de hambre

Luis Guillermo Blanco (Argentina) - *Colegio de Abogados de Santa Fe*

Definición. La vida como valor y la muerte como riesgo. La expresión huelga de hambre alude a la abstinencia total de alimentos que se impone a sí misma una persona, asumiendo el riesgo de muerte, a fin de obtener la satisfacción de un reclamo suyo por parte de otro, que habitualmente es una autoridad pública. De tal noción surgen los siguientes elementos que configuran la huelga de hambre: 1. La huelga de hambre supone y proviene de una decisión voluntaria referente a la autoprivación de una necesidad biológica vital primaria: la abstinencia absoluta de alimentos sólidos (y líquidos) hasta llegar a la muerte, si fuese necesario. La voz "huelga" alude a tal autoprivación, siendo "de hambre" (la necesidad acuciante de ingerir alimento con la finalidad de obtener energía) como consecuencia de ello. 2. Esta restricción alimentaria –que cuenta con motivos y fines confluyentes– se emplea como instrumento de denuncia y de reivindicación, importan un procedimiento límite con relevancia social y política (su impronta y su frecuencia son propias del siglo XX y también actuales, especialmente en países tercermundistas), proyecciones médicas –dada la información y la atención médica de las que el reclamante ("huelguista") puede llegar a requerir– y trascendencia ética y jurídica, centrándose el debate en la cuestión de la alimentación forzada del reclamante. 3. Su finalidad consiste en procurar conseguir la satisfacción de determinadas demandas, como el reconocimiento efectivo de un derecho que se juzga injustamente conculcado o, al menos, no admitido. Ello como forma expresiva de que están agotados todos los demás procedimientos legales de lucha. Siendo que su objetivo le quita toda impronta martiriológica y/o mística. 4. El procedimiento consiste en presionar a otro(s) –individuos, instituciones, gobiernos, autoridades–, endilgándole(s), acusándolo(s) del mal que padece el reclamante, y así, desprestigiando a ese otro y, a la vez, declarándolo inhumano (por permanecer impávido ante la huelga de hambre), todo lo cual provoca una fuerte tensión contra la autoridad a quien se le efectúa el reclamo y suele despertar en los demás un sentimiento de solidaridad hacia el reclamante. 5. Su técnica consiste en dar a la huelga de hambre la máxima difusión pública posible y del modo más adecuado, eligiendo el lugar (de ser posible), el día y la hora de su inicio y, en ocasiones, recurriendo a algún tipo de ritual. Todo esto a fin de dar relevancia a la huelga de hambre y, con ello, para que la atención social influya y coaccione a quien se le hace responsable de la huelga de hambre. Dado que si la sociedad abandona, ignora o manifiesta su repulsa al reclamante, su gesto pierde sentido. Deteniéndonos en su primer elemento (que justifica y es justificado por el tercero), es claro que el reclamante ofrece aquí un bien al que cabe reputar como lo más valioso que el hombre tiene: su propia vida. Pero para reivindicar un derecho que se valora por encima de aquella y precisamente porque no se cuenta con ningún otro recurso para luchar contra lo que se considera injusto y/o arbitrario. No se busca la muerte, sino la reivindicación por y para la cual se hace la huelga de hambre, pero se está dispuesto a aceptarla si aquella no se logra. Existe, pues, una vinculación intrínseca entre la abstinencia de alimentos y la muerte, siendo claro que el tiempo juega aquí un papel preponderante, pues su transcurso agrava progresivamente la situación fisiológica del reclamante por el ritmo lento en que su muerte se origina. Tiempo durante el cual el reclamante ofrece a la autoridad otras muchas posibilidades de atender a su(s) petición(es) y, con ello, poner fin a su actitud y conservar su vida. Todo lo cual queda al criterio de esa autoridad, de la cual dependerá, en definitiva, la vida o la muerte del reclamante, cuya conducta pude

ser considerada como un acto supererogatorio. Habiéndose distinguido a la huelga de hambre –así conceptuada, denominada “indefinida”– de otras actitudes, también serias y coherentes, a las que se ha llamado huelga de hambre “a plazo” o “huelgas de ayuno”, dado que en ellas no se asume inicialmente la posibilidad de la propia muerte, sino que se mantienen durante un cierto tiempo, fijado de antemano o hasta que se comienzan a sentir sus efectos peligrosos (v. gr., se dice, las 17 huelgas que Gandhi realizó entre 1917 y 1948). Distinción más bien formal, pues los efectos deletéreos de la inanición (secuelas tal vez irreversibles y aun fatales) dependerán del tipo constitucional de la persona, de su estado de salud, del sexo, la edad y del grado nutricional anterior al ingreso a una huelga de hambre. Salvo que se trate de una huelga de hambre de 48 horas (o de otro plazo escaso), banalidad que alguna que otra vez aconteció.

Valoraciones morales. La huelga de hambre ha recibido diversas valoraciones morales. De ordinario desde posturas confesionales, se la ha rechazado y condenado, por considerarla como un suicidio directo que nunca podría justificarse por ninguna razón, careciendo el hombre de libertad moral para sacrificar su vida por medio de una huelga de hambre. Se sostiene por ello la legitimidad –y aun la obligatoriedad– de la alimentación forzada, y ello en todo momento. Postura francamente reduccionista, pues solo atiende al valor de la vida humana, eludiendo los significados sociales, políticos y tácticos de la huelga de hambre. Pero suele distinguirse entre las fases de conciencia y la pérdida del conocimiento, argumentándose que mientras que el reclamante esté consciente y en condiciones de manifestar su voluntad, el médico no está obligado a intervenir porque la alimentación forzada importaría una violación de la libertad y un ataque a la dignidad personal de aquel. En tanto que cuando el reclamante ha perdido la conciencia, el médico tendría el derecho y el deber de intervenir, actitud que se pretende avalar arguyendo ciertas conjeturas insostenibles: ver en la huelga de hambre un fruto de la exasperación, de la angustia, más que una decisión lúcida y libre; suponer un cambio en la voluntad ante dicha situación. Esta distinción resulta antojadiza e insatisfactoria, pues si en la fase de conciencia no se puede alimentar forzadamente al reclamante para no afectar su autonomía y dignidad, ¿cómo se podría justificar la alimentación forzada en el estado de inconsciencia si hasta ese momento él ha seguido firme en su voluntad antes expresada? Solo mediante algún razonamiento erístico. En cambio, recurriéndose al voluntario indirecto, se ha admitido que la huelga de hambre hasta la muerte puede ser una posibilidad moral, dado que la intención primera del reclamante no es matarse, sino que la muerte es el resultado indirecto de una acción cuyo objetivo primario y directo es la satisfacción de un reclamo relevante. Él está dispuesto a morir en el caso de que no se atienda a su demanda, y si así acontece, será por culpa de quienes no quisieron ofrecer ninguna otra solución. Luego, si se cumplen las condiciones del principio del doble efecto, no habría razones para el rechazo moral de la huelga de hambre, siendo que los médicos no tendrían por qué sentirse moralmente obligados a prestar una alimentación forzada. Este criterio no resulta esclarecedor cuando, dentro del contexto en el cual se efectúa la huelga de hambre, es de esperar que la autoridad no concederá aquello que se requiere por considerarlo injusto o inaceptable desde otro punto de vista muy distinto (aun político estratégico), pues la diferencia entre directo/indirecto se diluye. Tal el caso de las huelgas de hambre de Robert Georges (Bobby) Sands –líder del Provisional IRA (Ejército Republicano Irlandés Provisional)– y sus compañeros (1981), que se hicieron para que el gobierno británico los considerase como presos políticos y no como terroristas, concesión que supondría haberle dado al IRA un reconocimiento que tal gobierno no podía admitir y que no admitió, lo cual implicó la muerte de Sands y de nueve de sus seguidores. Finalmente, se ha legitimado éticamente a la huelga de hambre apelando a la prioridad de la autonomía personal: el valor supremo no es aquí la vida, sino la libertad del ser humano. Pero algunos autores agregan que si bien la voluntad libre es condición de moralidad, no es un indicador cierto y suficiente de calidad moral. La voluntad ha de someterse a la responsabilidad, a la sensatez de la decisión. Con lo cual el problema radicaría en determinar si existe o no la posibilidad de ofrecer criterios objetivos con los cuales discernir la responsabilidad de las decisiones. De ser así, o tan solo por el primado de la autonomía, los médicos no están obligados a proceder a la alimentación forzada. Por todo ello, suele aceptarse la licitud ética de la huelga de hambre como gesto último, una ofrenda de la vida que se entrega por los demás y por una causa que merezca la pena, con finalidad digna y/u objetivos humanitarios; por lo común, el reclamo del cumplimiento de derechos existenciales básicos en sí mismos. Pero la importancia y trascendencia de tal finalidad, que es por cierto un criterio fundamental, puede ser difícil de valorar objetivamente. Siendo que, a más de algunas parodias de huelga de hambre que no fueron tales (actuaciones inmorales de determinados individuos o grupos, como medio para llamar la atención, sin respetar la abstinencia alimentaria que se pregonaba efectuar y con la sola pretensión de que los medios de

difusión dieran a conocer sus problemas y requerimientos, sino para intentar obtener beneficios personales, sin altruismo alguno), en general, puede entenderse que carecen de entidad ética las huelgas de hambre (en sentido metafórico) efectuadas en pro de fantasías irrealizables (si no delirios) y las instrumentadas en contextos de chantaje emocional (puramente extorsivos, puede decirse), sacrificiales seudorreligiosas (lindantes o teñidas de fanatismo) o en cuadros propiamente psicóticos y/o necrófilos (de autoinmolación, máxime de mediar captación de la voluntad de los implicados por parte de un líder carismático, que importasen un auténtico suicidio masivo).

Aspectos procedimentales. En la Declaración de Malta de la Asociación Médica Mundial sobre las Personas en Huelga de Hambre (adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial, Malta, noviembre de 1991 y revisada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, septiembre de 1992), en lo que aquí interesa, se señala en su Introducción que: "*El médico que trata a las personas en huelga de hambre enfrenta los siguientes valores conflictivos*: [...] *Es deber del médico respetar la autonomía que el paciente tiene sobre su persona. El médico necesita el consentimiento informado de sus pacientes antes de aplicar sus conocimientos para ayudarlos, a menos que existan circunstancias de emergencia, en cuyo caso el médico debe actuar en beneficio del paciente… Este conflicto es aparente cuando una persona en huelga de hambre, que ha dejado instrucciones claras de no ser resucitado, entra en coma y está a punto de morir. La obligación moral fuerza al médico a resucitar al paciente, incluso cuando va contra los deseos de este. Por otra parte, el deber fuerza al médico a respetar la autonomía del paciente*".

Y en sus "Normas para el trato de las personas en huelga de hambre", en cuanto a la alimentación artificial, se dice que: "*Cuando la persona en huelga de hambre entra en un estado de confusión y por lo tanto no puede tomar una decisión lúcida, o cuando entra en coma, el médico debe tener la libertad de tomar una decisión por su paciente sobre el tratamiento que considera que es el mejor para ese paciente, tomando siempre en cuenta la decisión que tomó durante la atención precedente del paciente, durante su huelga de hambre, y reafirmando el punto 4 de la introducción de la presente declaración*".

En el cual se indica que: "*La decisión final sobre la intervención se debe dejar a cada médico, sin la participación de terceras personas cuyo interés principal no es el bienestar del paciente. Sin embargo, el médico debe dejar bien en claro al paciente si puede o no aceptar su decisión de rechazar el tratamiento, o en caso de coma, la alimentación artificial, lo que implica un riesgo de muerte. Si el médico no puede aceptar la decisión del paciente de rechazar dicha ayuda, entonces el paciente debe tener el derecho de ser atendido por otro médico*".

Creemos que esta Declaración es confusa. Pues si bien admite indirectamente el derecho del reclamante a rehusarse a la alimentación artificial (facultando también indirectamente al médico para efectuar reserva de conciencia ante ello), parecería como si, de perder aquel la conciencia o entrar en coma, el médico podría proceder a la alimentación forzada (AF), con lo cual se violenta la autonomía del reclamante que se dice que se ha de respetar, quien bien puede rehusar toda atención médica. Y que, sea cuales fueran los motivos y la finalidad de una huelga de hambre, de ser el reclamante una persona jurídicamente capaz y bioéticamente competente a la fecha de su inicio y encontrándose consciente, descompensado, obnubilado o inconsciente, creemos que la AF siempre constituye aquí un trato degradante, siendo que el rechazo a la alimentación artificial (ofrecida y/o recomendada y, con más razón, forzada) no es otra cosa que una negativa a un tratamiento médico, y que la voluntad del reclamante antes expresada o documentada en tal sentido –al igual que la de no ser reanimado– no es sino una directiva médica anticipada. Por lo tanto, jurídicamente la respuesta está dada por el respeto y acatamiento a la autonomía decisoria y al derecho a la privacidad del reclamante (cualquier ley que dispusiese la AF sería inconstitucional). Luego, conforme a los criterios éticos con los que se justifique –o no– la huelga de hambre, la muerte del reclamante podrá ser considerada como honrosa o desacreditable, pero, en sí, es un hecho conteste con sus convicciones (erradas o no) e ideales (admisibles o discutibles) que responde a la consideración jurídica recién efectuada.

Referencias

Francisco J. Elizari Basterra. *Bioética,* Madrid, Ed. Paulinas, 1991. - Eduardo López Azpitarte. *Ética y vida. Desafíos actuales,* Madrid, Ed. Paulinas, 1990. - Marciano Vidal. "Bioética". *Estudios de bioética racional,* Madrid, Ed. Tecnos, 1998.

Medicina y profesiones de la salud

Stephen Toulmin ha sostenido que la confusión de propósitos dentro de la profesión médica (v. *Crisis de la razón médica*) es un problema genuinamente epistemológico expresable en la pregunta ¿qué clase de conocimiento es el conocimiento médico? Mediante una serie de distinciones básicas acerca de las diferentes clases de conocimiento, Toulmin ha podido hacer diversas consideraciones acerca del conocimiento médico. Así, plantea que el espectro del conocimiento médico se mueve continuamente desde un extremo general a un extremo particular y que por eso es necesario reconocer la pluralidad de diferentes tipos de conocimiento médico. Históricamente, la mezcla, el balance y la distribución del énfasis entre estos diferentes aspectos de la medicina ha variado muchas veces y como resultado se han creado nuevos intereses y se han desechado algunos de los viejos. En un sentido epistemológico, entonces, el estatuto del conocimiento médico es un hecho histórico ligado a la práctica de la medicina en un determinado periodo. De ese modo, en medicina como en física hay una incertidumbre intrínseca acerca de todas las aplicaciones particulares de los principios científicos generales; y la teoría y la práctica en la medicina están guiadas por múltiples valores que puedan entrar en conflicto en casos particulares (v. *Toma de decisiones médicas*). Por eso es que una epistemología médica debe analizar tanto las características de la práctica médica en el nivel personal (reconocimiento de síntomas, justificación del diagnóstico, ajuste de la terapia a la idiosincrasia individual) como los métodos intelectuales y estructuras que la ciencia biomédica comparte con otras ciencias naturales (la selección de instancias 'puras', la construcción imaginativa de mecanismos hipotéticos y el poner a prueba las consecuentes explicaciones). La combinación variable, a lo largo de la historia de la medicina, de sus diferentes tipos de conocimiento dio lugar a diversos modelos. Esta visión histórica es relevante para comprender la crisis de la medicina actual (v. *Crisis de la razón médica*). La expulsión de la medicina natural y tradicional (v.) de la medicina 'científica' y 'experimental' puede explicarnos por qué los pacientes recurren hoy a esas alternativas. La problematización de la toma de decisiones (v.) basada en algoritmos, evidencias y metaanálisis, deja al descubierto el abandono de la prudencia del 'arte' médico. Y así podrían citarse otros ejemplos. Pero esa historia también es importante para observar el lugar que en los distintos modelos fue ocupando la ética médica y finalmente la bioética.

Paradigmas de la medicina y las profesiones de la salud. La medicina y, progresivamente, las nuevas profesiones de la salud fueron destacando diversos aspectos teórico-prácticos a lo largo de la historia como para constituir esos distintos modelos o 'paradigmas'. En los Tratados Hipocráticos destaca el valor de la observación y la noción de la *physis* (naturaleza) del hombre junto a la 'buena' prescripción según los preceptos del Juramento, un documento que mantendría vigencia durante siglos. En Galeno, junto a la observación, cobra más importancia la noción de cuerpo desarrollada por el saber anatómico, y a la vez la prescripción se apoya en el intento –aunque todavía especulativo en gran medida– de justificar la acción terapéutica. Vesalio y Harvey, desde la anatomía y la fisiología, insistirán sobre la observación y el concepto de cuerpo ahora desde una perspectiva propiamente científica. Sydenham, desde la clínica, valorará a su vez el concepto de signo médico y su relevancia para la interpretación y el pronóstico. Corvisart, Laennec y Charcot, desde la visión anatomo-clínica, desarrollarán la correlación entre el concepto de cuerpo humano y el concepto de signo médico basándose en la evaluación lograda por la autopsia. Florence Nightingale fundará la moderna enfermería comenzando por asistir a los pobres e indigentes y culminando con la higiene y los cuidados para los heridos de guerra. Freud y Von Weizsäcker acentuarán el concepto de signo y la interpretación, precisando las diferencias del campo psicológico (v. *Psicología*) con el campo biológico en medicina y destacando para ello la anamnesis como elemento esencial de la teoría y de la práctica. La terapéutica del siglo XX, apoyada en su desarrollo científico como nunca antes habían podido hacerlo las profesiones de la salud, estará centrada en los progresos de la prescripción y la acción terapéutica que hasta entonces poco lugar tenían en una medicina sin grandes recursos para ello. La reflexión teórica y metodológica de la bioética, a la que le interesará la 'buena' prescripción, marcará en cierto modo un intento de retorno a las fuentes, como ocurrió con la reformulación psicoanalítica de la anamnesis.

Las profesiones de la salud en América Latina. Con relación a ese lejano itinerario histórico fundacional, la medicina y las profesiones de la salud se desarrollarían en el 'Nuevo Mundo' adoptando la estructura básica del modelo antiguo (v. *Orígenes del conocimiento médico*), con los complementos latinos y religiosos que el paso de los siglos le habían dado. La práctica médica en América Latina

fue regulada tempranamente por una autoridad médica superior llamada Protomedicato. Se trataba de un consejo facultativo presidido por un médico al que se obligaba a vivir donde funcionaba la Audiencia de Justicia y cuyo trabajo se orientaba a examinar y regular todos los problemas médicos en su área de influencia. Aunque esta institución probablemente ya existía en Aragón en el siglo XIII, fue creada por los Reyes Católicos Fernando de Aragón e Isabel de Castilla en 1477. Carlos V ordenó que las prácticas médicas, quirúrgicas y farmacéuticas en América fueran reguladas como en España; y en 1542 el Protomedicato fue regulado por las Nuevas Leyes de Indias que Felipe II formalizaría en 1570. Finalmente, la totalidad de la legislación de Indias sería compilada en 1680 por Carlos II (Carlos II, 1680). El Protomedicato fue creado primero en México y Perú (1570) y luego en Cuba (1634), Nueva Granada (hacia 1640), Buenos Aires (1776) y Santiago de Chile (1786). El Protomedicato examinaba a los médicos y estaba comisionado para trabajar e informar a España acerca del número de médicos españoles y también indígenas, para hacer un control de los boticarios e inspeccionar los barcos, y para ordenar cuarentenas y tomar cualquier tipo de medidas sanitarias. Los protomédicos debían también conseguir información acerca de árboles, plantas, hierbas y semillas de la región y de sus usos médicos por los españoles o los indios, como fue el caso del primer protomédico de México, Francisco Hernández, que describió cerca de cuatrocientos tipos de plantas usadas por los nativos. En este sentido, se observa una importante diferencia con las colonias francesas e inglesas en América, donde las regulaciones médicas no se impusieron sino a finales del siglo XVIII. También hubo diferencia de estas con América Latina respecto a la organización de los sistemas de salud, el lugar de los hospitales públicos para los mismos y la protección de la salud (v. *Derecho a la salud*).

La educación médica. La educación médica colonial en América Latina se basó en los programas educativos de las universidades de Salamanca, Valladolid y Alcalá de Henares, tal como se exigía en España. La primera institución en enseñar medicina en la región durante el periodo colonial y el mejor ejemplo de esta educación fue la *Real y Pontificia Universidad de México* fundada en 1551. Allí se requería un curso previo de Humanidades y un programa de cuatro años estudiando a Hipócrates, Galeno y Avicena, y luego el tener experiencia práctica con un médico graduado y una tesis para el grado de doctor. En el siglo XVII se crearon cátedras de Anatomía, Cirugía, Método y Terapéutica, Astrología y Matemáticas, y desde 1645 en adelante los estudiantes estaban obligados a realizar disecciones anatómicas. Las cátedras de Anatomía Práctica, Fisiología, Técnica Quirúrgica, Clínica y Medicina Legal se introdujeron en el siglo XVIII. Aproximadamente diez médicos se graduaban cada año. Y, aunque con más dificultades que en México, otras universidades latinoamericanas también enseñaban medicina, como la Universidad de San Marcos de Lima en Perú desde 1551, el Colegio Santo Domingo en Bogotá desde 1639, la Universidad de San Carlos de Guatemala desde 1676, la Universidad de Santo Tomás de Aquino en Quito desde 1693, la Universidad de San Jerónimo de La Habana desde 1726, la Universidad de San Felipe en Santiago de Chile desde 1756, y la Real y Pontificia Universidad de Caracas desde 1763. Esto marca otra diferencia con los territorios coloniales ingleses donde la primera escuela de medicina fue creada en Filadelfia en 1765. La ética médica, tan lejos de las decisiones autónomas en el contexto colonial, fue hipocrática pero también religiosamente canónica como lo ordenaba la ley: los médicos debían advertir a sus pacientes acerca de la confesión, especialmente en las enfermedades agudas, porque se consideraba que la cura del cuerpo algunas veces llegaba por la cura del alma. Y la educación médica, así como los estudios generales, era intrínsecamente aristocrática: para ser estudiante en cualquier universidad era necesario probar la nobleza y 'limpieza de sangre'. La ética médica colonial en América Latina fue entonces hipocrática, religiosamente canónica y aristocrática, pero sobre la base de exigencias claras de un buen conocimiento teórico y experiencia práctica.

Medicina y religión. Cuando la profesión de enfermería todavía no existía, las órdenes religiosas tuvieron un rol esencial en el cuidado de los pacientes a través de los hospitales, iglesias y conventos; y la mayoría de los hospitales en América Latina tuvo un origen y administración religiosos. Después de su fundación en Granada en 1537, la Orden de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios comenzó a trabajar en América. A su vez, la Orden Hermanos de la Caridad de San Hipólito nació del hospital de San Hipólito, fundado en México en 1567, y Pedro de Bethancourt creó la Orden de los Bethlemitas desde el hospital Nuestra Señora de Belén, fundado en Guatemala en 1657. En un Nuevo Mundo tan catastrófico para la salud, donde el conocimiento científico y técnico era todavía tan pobre, es posible imaginar la importancia de las virtudes teologales cristianas de la Fe, Esperanza y Caridad, así como la compasión, fortaleza y templanza. Se trataba de un lenguaje operativamente más eficiente para cuidar a los pacientes y el sufrimiento de la gente y al mismo tiempo el

mejor camino para lograr un sincretismo entre las religiones aborígenes y la fe católica.

El siglo XIX. A comienzos del siglo XIX, las condiciones de salud en América Latina tenían el mismo patrón epidemiológico introducido por la Conquista: alta mortalidad por viruela y enfermedades infecciosas, enfermedades pulmonares en los trabajadores de la minería y hambre. Simultáneamente el modelo de industrialización europea generaba el movimiento sanitario británico y la higiene pública como disciplina experimental. Después del descubrimiento de Jenner en 1798 de la inmunidad por el virus de la viruela, las vacunaciones comenzaron en América y en 1881 el médico cubano Carlos Finlay presentó su tesis sobre la transmisión de la fiebre amarilla en la Academia de Ciencias de La Habana. La medicina 'científica' y 'experimental' propuesta por Claude Bernard se asoció entonces a un nuevo tipo de paternalismo (v.) en la moral médica: el de la figura del médico como hombre de ciencia. El antiguo sistema de salud caritativo también cambió: en 1884 Bismarck introdujo en Alemania un nuevo sistema nacional colectivo de salud que fue adoptado en diferentes países europeos y que también sería aplicado en América Latina. El control administrativo de la medicina por una institución feudal como el Protomedicato fue remplazado por el nuevo modelo de evaluación médica introducido por la British Medical Association (1836), la American Medical Association (1847) y la Association Générale de Médecins de France (1858). La educación médica también reflejó todas esas transformaciones como una reforma en las exigencias tradicionales del modelo colonial español. Fue el mismo Protomedicato el que en 1800 abrió esta tendencia en Buenos Aires enseñando como modelo el programa de la Universidad de Edimburgo. En 1808 el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando en Perú también reformó su programa de educación médica tomando como modelos los programas de las universidades de París y Leiden. Esta educación médica del siglo XIX se caracterizaba por el pequeño número de estudiantes en relación con el siglo siguiente, y un creciente número de profesores, horas de enseñanza, especialidades médicas e institutos de investigación como líderes del nuevo progreso médico. Pero también en la ética médica pudo notarse esta nueva influencia europea y norteamericana sobre la educación médica. El modelo de educación médica de Edimburgo seguido en Buenos Aires se fundaba en la ética de las virtudes para médicos, de John Gregory. Años después, la fuertemente influyente *Ética Médica* de Percival llegó a ser un refinamiento de la vieja moral cristiana y aristocrática, pero al mismo tiempo una moral más democrática como en el Código de Ética de la *American Medical Association* en 1847. Y si bien esta influencia aparecería expresada el siglo siguiente como un Código de Ética Médica en América Latina, el *ethos* colonial ya había cambiado definitivamente en este periodo. Así es interesante observar cómo esa impronta de la moral médica en la primera mitad del siglo XIX llegará a verse hasta finales del siglo XX en la educación médica de los egresados de la Universidad de Buenos Aires y de su Hospital de Clínicas, como una concepción aristocrática y de las virtudes del médico como caballero y maestro.

El siglo XX. Durante el siglo XX, la ética médica latinoamericana giró en su acento como modelo conceptual de la deontología a la bioética. En 1916, y todavía bajo la influencia de la Deontología de Grasset, el código latinoamericano de ética médica más influyente, debido a Luis Razetti, fue aprobado en Venezuela. Después de ello se aprobaron códigos similares a nivel nacional en distintos países de América Latina. La ética médica deontológica había estado centrada en la conducta profesional y en la antigua tradición de la ética médica desde Hipócrates a Gregory y Percival. Pero durante la segunda mitad de la década de los ochenta el abordaje teórico y metodológico de la bioética se fue incorporando progresivamente a la ética médica. La totalidad de la concepción de los ciclos vitales, la relación médico-paciente y la responsabilidad del Estado en las políticas públicas, basadas en el *ethos* comunitario y su historia, debían desarrollarse con muchas diferencias entre los países latinoamericanos dada su diferente estructura etnológica y la distribución de su población por edad, lugares de residencia, ingresos, expectativa de vida, perfil epidemiológico y muchas otras características de un *ethos* pluralista. Los avances en la salud pública logrados durante el siglo XIX dieron lugar a la creación en 1902 de la Oficina Sanitaria Panamericana –luego Organización Panamericana de la Salud (OPS)– que fue el primer antecedente regional de la Organización Mundial de la Salud. Era gobernada por la Asamblea General de Ministros de Salud de todos los países de la región. Este cuerpo administrativo internacional llegó a ser una suerte de versión moderna para el control administrativo regional de la salud, como lo había sido el antiguo Protomedicato colonial. Durante nueve décadas la ética médica en esta institución se concibió desde la tradicional concepción paternalista hipocrática. Pero a fines de la década de los ochenta la OPS reconoció los avances de la bioética en el campo y apoyó su desarrollo, aunque optando por un modelo principialista desconectado de los avances en salud pública que la propia organización había logrado durante casi un siglo.

Bioética y medicina. Una de las propuestas más completas para construir un modelo del conocimiento médico que pudiera responder en modo fundamentado a la pregunta que se hacía Toulmin, fue la presentada por Pellegrino y Thomasma (1981) en sus *Bases filosóficas de la práctica médica*. Para esos autores resultaba necesario comenzar con una filosofía de la medicina que se desarrollara desde la misma práctica de la medicina tomando como punto de partida la relación entre médico y paciente. Siendo la medicina una disciplina práctica, de experiencia, en la cual mucha teoría es teoría acerca de la práctica, resultaba esencial la discusión sobre la relación entre teoría y práctica en medicina. Para saber qué esperar del médico era necesaria una definición de medicina. Y podía comenzarse diciendo que la medicina es una disciplina intermedia entre la ciencia y el arte, cuyo carácter distintivo parece ser la restauración del bienestar en el acto médico. La interacción clínica resultaba por ello el material a priori de la medicina como disciplina unitaria. Para Pellegrino y Thomasma, entonces, la medicina es "*una relación de consentimiento mutuo para lograr un bienestar individualizado trabajando en, con y a través del cuerpo*". En esa relación o acto médico en el cual una individualización racionalizada tiene lugar, se presupone una ontología del hombre, que las probabilidades de diferentes combinaciones de signos y síntomas deben ser contrastadas con la experiencia, y que el conocimiento de lo que puede hacerse en el tratamiento se enlaza con la prudencia de la decisión sobre lo que "debe" hacerse. La medicina es así ciencia, arte y virtud, y los estudiantes de medicina necesitan por eso una educación explícita en los componentes no científicos del conocimiento médico. Y se necesita cultivar las humanidades y la filosofía en el terreno de la atención de la salud con el mismo interés que el dedicado a las ciencias básicas. Muchos siglos después, la actitud "antifilosófica" de algunos tratados hipocráticos era rechazada.

[J. C. T.]

Orígenes del conocimiento médico

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La distinción entre medicina y metafísica prehipocrática. En el comienzo mismo de la construcción de la medicina como conocimiento, operó en primer lugar un material histórico determinado: la producción de los sabios presocráticos. En segundo lugar, ese material, positivo y unitario, fue negado en el tiempo para dar lugar al desarrollo de los aspectos científicos del nuevo conocimiento: eso fue realizado en diversos textos hipocráticos. En tercer lugar, hay que pensar que debe haber existido una necesidad objetiva para esa crítica. Y en último término, también debemos pensar que resultó necesario contar con un material, igualmente positivo y unitario, categorialmente cerrado, que supuso la construcción de verdades científicas constitutivas de esa ciencia. Dentro de la medicina prehipocrática, mezcla de magia sacerdotal y empirismo de 'prácticos', la concepción de la enfermedad y su tratamiento era igualmente mágica (castigos divinos, lustraciones) y empírica (diagnóstico de fracturas, tratamiento de heridas). Pero, a finales del siglo VI y principios del V a. C., la medicina griega, que era en el mejor de los casos una modesta *tékhne*, muestra, merced a los presocráticos, una profunda transformación al reflexionar sobre las relaciones entre medicina y *physiología*. Esa reflexión, que por un lado y mediante la síntesis de *empeiría* y *physis* dará lugar a una estricta *tékhne*, por otra parte supone la negación para el campo médico de la *physiología* en tanto saber especulativo sobre la totalidad. No es contradictorio decir que la medicina pudo constituirse en 'ciencia' a partir del concepto metafísico de *physis* y precisamente por su negación en tanto metafísica. Dice Jaeger que "*La idea fundamental de las indagaciones presocráticas, el concepto de la* physis*, no se aplicó ni se desarrolló tan fecundamente en ningún terreno como en la teoría de la naturaleza física, que desde entonces había de trazar el derrotero para todas las proyecciones del concepto sobre la naturaleza del hombre*". Los textos del *Corpus Hippocraticum* negarán las teorías de la filosofía de la naturaleza en la medida en que estas no les son útiles a los médicos griegos para poder resolver los problemas que el hombre enfermo les presenta. Esa necesidad objetiva fundamenta su crítica y da lugar a un empirismo atento a los datos de la experiencia, a la observación del cuerpo humano en la salud y la enfermedad, a la negación de las causas divinas en la aparición de enfermedades (*Sobre la enfermedad sagrada)*, a la investigación rigurosa de la naturaleza, y a la sistematización de los datos obtenidos y convertidos en 'leyes' a través de las pruebas experienciales. Así, la medicina se convierte en 'ciencia' y se distingue de la filosofía en cuanto a sus preocupaciones temáticas, su vocabulario, su método, y la que desde entonces será una tradición estrictamente distinta para una y otra disciplina.

La medicina como conocimiento por causas. Entender la medicina como *tékhne* supondrá, para los médicos hipocráticos, acentuar –según un conocimiento por causas– qué es la enfermedad, por qué se produce, por qué curan los medicamentos administrados, etc. Para llegar a ello, estos han debido reclamar el sentido más estricto de *physis*. Si ésta, por un lado, podía ser el principio (*arkhé*) de toda

realidad (del todo), por otra parte podía entenderse como fundamento de las cosas particulares (de las partes): "*La* physis *del cuerpo es el principio de la razón (del* lógos*) en medicina*", se afirma en *Sobre los lugares en el hombre*. La armonía, el orden y la regularidad de la *physis* corporal permite a los autores del *Corpus Hippocraticum* hablar de estados conformes a la naturaleza (*katà physin*) y estados contrarios a la misma (*parà physin*). La tarea del médico ante la enfermedad consistirá en dejar actuar a la naturaleza para restablecer un equilibrio perdido. Las pruebas que necesita para su diagnóstico, para creer que lo que observa es una verdad firme, las ha de encontrar en el cuerpo del enfermo: no en lo que éste refiera sino en los signos corporales hallados. Para ello ha de valerse de la boca y la lengua, la nariz y las vías del 'pneuma', la vista, el tacto y el oído (*Sobre la dieta*). La observación de los signos y la explicación más o menos fundada de las causas que les daban origen es pues un aspecto fundamental de la metodología hipocrática que a veces se acompañaba de experimentos probatorios. La medicina, así, se constituye en 'ciencia' estableciendo un marco conceptual que ha de llegar hasta nuestra época.

La naturaleza del hombre como objeto de la medicina. El concepto crítico para las relaciones entre filosofía y medicina en los presocráticos es el de *physiología*. A través de él se puede entender la distinción entre pensamiento filosófico y pensamiento científico. Porque cuando los médicos griegos (*tekhnítes*) de finales del siglo VI y comienzos del V a. C., que ejercen su oficio artesanal (*tékhne*) aprendido al lado de un experto o en las escuelas médicas existentes (Crotona, Cirene, Cos, Rodas, Cnido), sientan la necesidad de "*... pasar de un saber meramente empírico y rutinario* (empeiría) *a otro saber que en verdad merezca el adjetivo de 'técnico'* (tékhne e*n sentido estricto*)", encontrarán en la *physiología* la herramienta conceptual para poder hacerlo. Durante el siglo V la palabra *physis* comienza a ser utilizada por los médicos griegos para referirse a la naturaleza del hombre (*physis toû anthropou*), como diferenciación frente al anterior concepto más filosófico de la misma referido a la naturaleza del todo (*physis toû pantós, toû hólou*). La medicina empezará a distinguirse entonces por una teoría superadora de su saber meramente técnico. Hay una contradicción de intereses en el ambiguo seno de los sabios presocráticos que fructificará en la construcción de dos campos distintos del conocimiento. Si la fusión inicial de preocupaciones médicas, filosóficas, y de otras áreas del conocimiento en la sabiduría omnicomprensiva de los presocráticos resultaba históricamente fecunda como para dar lugar al 'milagro' griego; no menos creadora será la colisión de la que surjan dos conciencias clásicas del saber en sus concepciones teóricas. Porque si Anaxágoras destaca tanto por su pluralismo opuesto al monismo parmenídeo como por sus estudios anatómicos, si Empédocles sustenta la teoría de los cuatro elementos y a la vez desarrolla una fisiología de los sentidos admirada por Galeno, y Alcmeón de Crotona utiliza la disección con fines científicos mientras sostiene una teoría de los contrarios, cuando aparezcan Sócrates e Hipócrates en la cultura griega, ya no será posible esa ambigüedad manifiesta. Medicina y filosofía comenzarán sus historias autónomas.

La actitud antifilosófica en la medicina hipocrática. La medicina cobra unidad como conocimiento a través de los 53 tratados médicos que hoy componen el *Corpus Hippocraticum*. Redactados en prosa jonia, lengua culta de la época, por varios autores aunque hayan sido agrupados tradicionalmente bajo el nombre de Hipócrates, constituyen la primera colección de textos científicos del mundo antiguo. Pero esos textos sufrieron un accidentado itinerario desde la biblioteca médica de los Asclepíadas de Cos hasta su fijación en época bizantina. Fueron escritos a lo largo de tres siglos, aunque los más representativos datan de 420 a 350 a. C., y va a ser en la Biblioteca de Alejandría, en el s. III a. C., donde serán reunidos. Se presume, como hemos dicho, que los mismos procedían de la Biblioteca de Cos, aunque puede haber habido otras fuentes. Pero es a partir de entonces cuando se inicia la tradición de comentarios y ediciones de los mismos: Baqueo de Tanagra a fines del siglo III antes de Cristo; Zeuxis y Heraclides de Tarento en los siglos II y I antes de Cristo; las ediciones de Dioscórides el Joven y Artemidoro Capitán del siglo II; los comentarios de Galeno, etc. La primera edición completa del *Corpus* se hace en Venecia en 1526. Pero si una característica lo distingue sobre el trayecto histórico que hemos trazado, es el manifiesto esfuerzo de aquellos que lo escriben por distinguir el saber médico en tanto teoría de la naturaleza del hombre sano, de las especulaciones más generales sobre la Naturaleza en tanto totalidad. Esta actitud, a veces llamada, fuertemente, 'antifilosófica', resulta más manifiesta en *Sobre la medicina antigua*. De todos modos, en cualquiera de los restantes tratados, incluso en *Sobre la dieta*, el más especulativo de ellos, puede observársela. Cómo surge esa actitud crítica, orientada a distinguir un saber 'científico' (*episteme*) o técnico (*tékhne*) de un saber filosófico (*physiología*), lo hemos visto antes. Y aunque las humanidades médicas y la bioética hayan venido a defender hoy el lugar que les corresponde a la filosofía y las humanidades en la teoría y la práctica de la medicina y las profesiones de la salud, no debe perderse de vista aquel origen y el itinerario histórico que nos muestra cómo estas profesiones

han sido propuestas muchas veces como un conocimiento exento de contenidos filosóficos. Sus consecuencias han sido suficientemente importantes como para tenerlas debidamente en cuenta.

Referencias
Carlos García Gual et ál. *Tratados hipocráticos*, Vols. I-VII, Madrid, Gredos, 1983-1993. - Pedro Laín Entralgo. "La medicina hipocrática", Madrid, *Revista de Occidente*, 1970. - Werner Jaeger. *Paideia*. *Die Formung des Griechischen Menschen*, 1933 (Trad. esp. de J. Xirau y W. Roces, *Paideia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1957).

Crisis de la razón médica

José Alberto Mainetti (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas*

El nuevo paradigma de la medicina. Así como la filosofía suele dividirse en tres áreas, así también se divide la filosofía de la medicina en tres subdisciplinas: epistemología médica, antropología médica y ética médica. Pueden distinguirse tres momentos en la historia de la filosofía de la medicina en el siglo XX: el epistemológico (1900-1930), el antropológico (1930-1960) y el bioético (1970). Los tres pueden articularse en una dialéctica como crisis de la razón médica: la razón clínica, la razón patológica y la razón terapéutica, respectivamente. Se trata de las tres introducciones del sujeto en medicina: el sujeto epistemológico, el sujeto patológico y el sujeto moral. Pero es la bioética la que ha venido a consumar un nuevo paradigma de la medicina, el paradigma humanista o bioético respecto del paradigma positivista o biológico, de construcción científica e incluso científico-social (el llamado modelo biopsicosocial). El giro del *lógos* al *ethos* marca entonces la construcción de los valores en las decisiones clínicas y sanitarias. La clave del nuevo paradigma es el normativismo de los conceptos de salud y enfermedad y la inversión de su sentido tradicional, vale decir que salud equivale a "natural" y enfermedad a "contranatural".

Los conceptos de salud y enfermedad. En las últimas décadas, coincidentemente con el desarrollo de la bioética, ha habido un importante debate en torno a la naturaleza de la salud y la enfermedad y al significado de estas nociones clave de la medicina. La controversia central se polariza entre el "descriptivismo" y el "normativismo" respecto de los conceptos de salud y enfermedad. El descriptivismo o naturalismo sostiene que la determinación del estado de salud o enfermedad es asunto objetivo, deducible de hechos biológicos de la naturaleza, sin necesidad de juicios de valor. Enfermedad es una función biológica del cuerpo estadísticamente subnormal para la especie, y salud es ausencia de enfermedad. El normativismo mantiene la visión opuesta: salud y enfermedad son conceptos que no pueden ser definidos sin referencia a valores, es decir, sin consideraciones de lo que es bueno, malo, deseable o indeseable. Junto al carácter normativo, el nuevo paradigma invierte el sentido de los conceptos de salud y enfermedad. En el paradigma tradicional, salud significa lo naturalmente dado, la norma natural dependiente de la teleología intrínseca del cuerpo, cuya preservación y restauración constituye la finalidad de la medicina y el rol del médico como "servidor de la naturaleza". Enfermedad, por el contrario, significa contranatura, anormalidad, desviación de la norma natural aun cuando su mecanismo no obedeciera menos a la naturaleza según lo entendiera la patología moderna. En el nuevo paradigma, o paradigma bioético, cuya partida de nacimiento oficial es la definición de 1947 de la OMS, salud es una invención humana como otros bienes culturales que satisfacen nuestras necesidades y *descuentos*. Y enfermedad es la condición del hombre (*homo infirmus*) como conciencia de límites y voluntad de superarlos, aquellos "hechos naturales" que nos limitan y al mismo tiempo dan sentido a nuestras acciones: es a causa de la resistente realidad de la enfermedad y el sufrimiento, el envejecimiento y la muerte, que el intento de prevenir o mitigar estos males en casos particulares tiene significado.

Homo infirmus. El debate en torno al lugar de los valores en la definición de salud y enfermedad es todo menos un ejercicio de ocio filosófico sin consecuencias sobre la realidad. La naturaleza de la medicina y la atención de la salud dependen de esos conceptos-valores fundamentales que determinan la objetividad científica, la operatividad técnica y la justificación moral de las prácticas clínicas y sanitarias, conformando la ideología del poder médico, profesional e institucional, en el orden político, económico y social. El nuevo paradigma abre así un horizonte de ricas posibilidades humanas para la medicina y la atención de la salud, y en particular el orden bioético se independiza del orden médico paternalista, históricamente asociado al poder y los prejuicios sociales. Un nuevo orden médico se instala cuando la salud se comprende como calidad de vida, un proceso cultural y no la condición natural de la especie humana, y cuando la enfermedad no se determina como contranatura sino como el "estar" del "ser" del hombre (*homo infirmus*), un estado de la condición humana a igual título que la desnudez y la ignorancia, limitaciones o vulnerabilidades de la vida, con humor definida como "una enfermedad mortal transmisible sexualmente".

Referencias

José A. Mainetti. *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina*, La Plata, Quirón, 1987. - H. T. Engelhardt, K. Wildes. "Medicine. Philosophy of", en S. Post (editor), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, Macmillan, USA Reference, 2004, tomo III, pp. 1738-1742. - Henk ten Have. "From Synthesis and System to Morals and Procedure: the Development of Philosophy of Medicine", en R. Carson and C. R. Burn (editors), *Philosophy and Medicine and Bioethics: A Twenty-Year Retrospective and Critical Appraisal*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1997, pp. 105-123.

Medicina natural y tradicional

Eduardo Freyre Roach (Cuba) - *Universidad Agraria de La Habana*

La exclusión de la medicina tradicional por la Modernidad. Hasta no hace mucho tiempo eran rechazadas prácticas médicas catalogadas, estigmatizadas y ridiculizadas como no científicas o seudocientíficas: la medicina herbaria tradicional, la acupuntura, la homeopatía, la terapia parapsicológica o "psi", la moxibustión, la energía piramidal, y otras. Para marginar y excluir al saber médico natural y tradicional, se invocaron tanto razones epistemológicas y científicas como éticas. Existe un amplio consenso acerca de que la medicina moderna se impuso y desplazó a la medicina natural y tradicional no siempre demostrando superioridad terapéutica, sino gracias a presiones políticas de colonizadores y neocolonizadores, hecho particularmente relevante en América Latina, y a presiones religiosas y económicas. La supresión violenta de la medicina natural y tradicional interrumpió su desarrollo, y con ello su compromiso con la salud de una gran parte de la población humana que, como sabemos, depende ancestralmente de la misma. No es difícil darse cuenta que muchos de estos hechos comprometen el respeto en la bioética no solo de los supuestos de beneficencia y autonomía, sino y sobre todo a la justicia en la atención y el cuidado de la salud. La irrupción en los últimos tiempos de los movimientos sociales indigenistas, campesinos, feministas y ecologistas, consolidó toda una ola de recuperación e introducción de la medicina natural y tradicional en la salud pública. Esto se conjugó con el ambiente filosófico anticientificista que se respira en nuestros tiempos.

La inclusión de la medicina tradicional en los sistemas de salud. Los sistemas actuales de salud incorporan las prácticas de medicina natural y tradicional sobre la base de la comprobación científica de la eficacia terapéutica de las mismas. Empero, se plantea la cuestión bioética de si un médico puede recetar un procedimiento natural y tradicional en ausencia de la demostración científica de su inocuidad o posibles efectos iatrogénicos. Hoy se sabe que en muchos casos la eficacia de los fármacos tradicionales depende de la creencia mítico-religiosa de los pacientes y la comunidad. En todo tratamiento, sea tradicional o convencional, está involucrada de una u otra forma la predisposición de los implicados. Así lo ejemplifica muy bien el caso de la entonación de un canto indígena para asistir a un parto difícil, sin administración de remedios y sin que el asistente toque a la parturienta. En términos modernos, este tipo de asistencia tiende a llamarse especie de 'cura psicológica' o 'terapia psi' (Strauss, 1987). Es importante tomar en cuenta que muchas de las estrategias naturales y tradicionales han sufrido afectaciones, debido precisamente a las improntas de la historia colonial e imperialista. Su estudio científico es de crucial importancia para recuperar o potenciar su efectividad. El diálogo de saberes que presuponen estas iniciativas adquiere una connotación ética. Este es el caso de un programa que desde los años noventa la Organización Mundial de la Salud lleva a cabo, consistente en el adiestramiento de parteras tradicionales en aquellos contextos donde es limitado el acceso a servicios médicos con tecnologías de punta o de avanzada. Con ello se garantiza, no solo más eficacia, sino también la posibilidad de que demandas de asistencia al parto a una escala masiva poblacional mayor sean satisfechas (OMS, 1992). Una iniciativa similar se reporta en Chiapas, México, donde rezadores, hueseros, culebreros y mujeres parteras indígenas coordinan acciones de rescate y aplicación del saber médico tradicional en los marcos del Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales (Compitch). Es posible que la asistencia chamanística a un parto difícil no sea exitosa en el caso de una mujer educada en la tradición moderna. Y eso mismo acontecería con una parturienta indígena si es atendida en una sala equipada con tecnología de punta. Con ello no se quiere decir que, para asumir desafíos bioéticos consecuentes y coherentes, tengamos que sobrestimar o subestimar el alcance de ambas prácticas.

La investigación sobre medicinas tradicionales. Hoy sabemos que la investigación en estos recursos no convencionales representa una línea importante de desarrollo de la medicina actual. Por ejemplo, muchas de estas prácticas, como la acupuntura, exigen un enfoque más particular acerca del paciente, lo cual a veces el tratamiento convencional no tiene en cuenta, sobre todo cuando se aferra de manera dogmática y desmedida al dato susceptible de generalización, medición y cálculo estadístico. El caso de la homeopatía también es ilustrador, y en virtud de ello plantea serios problemas éticos. Como se conoce, además de basar el tratamiento en disposiciones psíquico-espirituales de los pacientes, el médico homeópata elabora por sí

mismo el fármaco, de manera que resulta un fármaco particular para un enfermo particular, por no hablar de que sus búsquedas han de hacerse en buena medida a partir de la experimentación de una determinada sustancia en personas sanas o animales sanos. Si aceptamos actuar bajo el marco del respeto a la autonomía y la solicitud de consentimiento, entonces las instituciones de salud tendrían que aceptar que los homeópatas puedan aplicar procedimientos no aceptados por la medicina convencional. Se han registrado casos en que un médico, que comparte la tradición científica y la religiosa, se encuentra en el dilema moral de si debe recetar o no un fármaco tradicional y permitir la realización de una ceremonia religiosa, estando él en la institución médica como responsable del cuidado del paciente. Algunos médicos deciden obrar en favor de esto amparados por su experiencia tradicional y, por supuesto, considerando la eficacia peculiar de las prácticas terapéuticas tradicionales. Eso compromete el consenso ético profesional e institucional.

Sin embargo, por lo general, está muy arraigada la idea de que los procedimientos se intercomplementan. Este hecho minimiza las tensiones éticas posibles de ocurrir cuando se aplican dos procedimientos al mismo tiempo. Si se trata de tomar en serio la no-maleficencia, entonces es necesario prestar mucha atención al hecho de que si bien un fármaco tradicional puede reportar un beneficio, pudiera también a corto, mediano o largo plazo acarrear un perjuicio. No raras veces sucede que el afán de hacer el bien seduce tanto, que se olvida la posibilidad implícita en el supuesto bien de provocar males mayores. Por supuesto, esto vale también para la generación y transferencia de tecnologías biomédicas convencionales. En ambos casos puede ocurrir que los esfuerzos por demostrar las bondades de un fármaco sean mayores que los empleados en demostrar sus potencialidades, daños o contraindicaciones. En cuanto a la justicia, es necesario considerar los costos de investigación y el uso de esos llamados fármacos tradicionales pues, como se sabe, en ocasiones resulta muy caro conocer y extraer de las plantas el principio farmacológico activo. La promoción de un fármaco de tal índole pudiera ser menos costosa que la de un fármaco convencional. Es más, es posible que en algunos casos la disponibilidad de un fármaco natural coadyuve a minimizar el costo de importación de fármacos convencionales. Cabe reiterar que la opción de estimular el estudio y uso de la medicina tradicional natural es justa, también, porque amplía las posibilidades de tratamiento a nivel masivo. Esto exigiría incluso una participación ciudadana más activa en la atención a la salud, lo cual contribuiría al desarrollo de un metadiscurso médico que armonice las narrativas tradicionales y modernas, la cultura médica popular y la cultura médica profesional.

Propiedad y comercialización del saber tradicional. Las cuestiones bioéticas que se debaten en torno a la medicina natural y tradicional trascienden la relación médico-paciente. Este es el caso en que la recuperación del saber médico natural y tradicional de los pueblos indígenas adopta la forma de usurpación de ese patrimonio. Así se ha reportado el tráfico ilegal de especies medicinales desde las selvas tropicales latinoamericanas, y desde diversos territorios africanos y asiáticos, hacia los mercados norteamericanos y europeos. La ONU, otros organismos internacionales y numerosas ONG han denunciado tales actos. Así sucedió en el caso de la Hoodia y la Tricocaulon, dos especies de plantas africanas que se utilizan para aplacar la sed y el apetito. La empresa británica Phytopharm reclamó derechos monopólicos sobre el uso de los agentes inhibidores derivados de estas plantas, sin contemplar beneficio alguno para los poseedores originales de ese conocimiento. Ocurrió asimismo en el caso de la cúrcuma (*Curcuma longa*), especie que los hindúes han empleado tradicionalmente en el tratamiento de torceduras y desgarramientos musculares, esguinces, inflamaciones y para la curación de heridas. Dos científicos de Estados Unidos buscaron obtener la patente sobre el uso de esta especie para tratar heridas externas, pero la solicitud fue rechazada. De no haber sido así, las empresas hindúes no hubiesen podido vender cúrcuma y hubiese sido ilegal su venta en la propia India. Esto había pasado también en la India con el árbol de Nim, que la compañía W. R. Grace buscó comercializar haciendo que las comunidades que ancestralmente lo utilizaban no tuvieran posibilidades de adquirir ese recurso tradicional que les pertenecía.

Medicina tradicional y derechos de propiedad en América Latina. En América Latina esto ha sucedido en varias ocasiones. La etnobióloga Constanza Larrota considera que hay empresas multinacionales que extraen cada año de los bosques húmedos tropicales del Pacífico colombiano un número no precisado de especies de plantas medicinales, valiéndose en algunos casos de científicos nacionales, a los que calificó de *mulas* (correos) de los laboratorios. Según afirma, una tercera parte de todas las recetas médicas formuladas en el mundo contienen ingredientes activos derivados de las plantas, y más de tres mil antibióticos tienen su materia prima en bacterias de bosques tropicales húmedos, como los del Chocó (noroeste de Colombia). Esto debiera suponer proyectos de bioprospección y acuerdos adecuados entre países, con transparencia, responsabilidad y participación comunitaria en los mismos.

Sin embargo, los intereses comerciales, el afán de lucro y ganancias, y las injusticias asociadas, han derivado en la denominada "biopiratería". Este fue el caso del consorcio farmacéutico multinacional Merck Sharp & Dhome que en 1991 cerró un contrato con el Instituto Nacional de Biodiversidad de Costa Rica (INBio) por el cual a ambas entidades, sin contar con el consentimiento de los indígenas, se les otorgaron derechos sobre la biodiversidad de un 30% de la superficie nacional. Detrás de este contrato se escondía la usurpación, privatización, conversión en mercancía y comercialización del conocimiento indígena medicinal (Milborn, 2002). INBio, asociación privada creada en 1989, debía proveer diez mil muestras de plantas, animales y suelo a Merck, el cual tendría los derechos exclusivos para el estudio de estas muestras durante dos años y conservaría las patentes de cualquier medicamento desarrollado utilizando las mismas. Como contraparte, Merck pagaría al Instituto un millón de dólares más ciento treinta mil dólares adicionales para su equipamiento, y las *royalties* (calculadas en un 2-3%) de las ganancias por cualquier medicamento desarrollado a partir de las muestras. Las ganancias de INBio resultarían mayores cuando se tratara de la identificación de plantas curativas, aunque solo una mínima parte de ello se pagaría a los taxónomos indígenas conocedores de las mismas (RAFI, 2001). En ese y en otros casos el papel de los organismos no gubernamentales ha sido muy importante para difundir información que no se hace pública. Genetic Resources Action International (Grain) es uno de esos organismos que han reportado un número importante de incidentes de biopiratería que suelen ocurrir en nuestra región. Sucedió con el llamado *tepezcohuite* o "árbol de la piel" (*Mimosa tenuiflora*), especie muy difundida en Chiapas, México, que posee la propiedad de curar lesiones cutáneas y quemaduras, y cuyo polvo obtenido de la corteza tostada del árbol y principio activo medicinal fue patentado en los Estados Unidos. De ese modo, todo el polvo producido con métodos tradicionales y comercializado constituye una violación de los derechos de patentes y los lugareños tienen que competir por el acceso al árbol con quienes lo comercializan. Cabe citar el caso de la ayahuasca o yagé (*Banisteriopsis caapi*), al que las poblaciones del Amazonas ecuatoriano han dado un uso medicinal y ceremonial. Un ciudadano estadounidense reivindicó haber descubierto una nueva variedad de esta especie. Su solicitud fue anulada, pues se descubrió que esta variedad había sido domesticada por los pueblos indígenas de la región. Por lo general, quienes se oponen a los contratos de bioprospección argumentan que la gran promesa para la humanidad de encontrar remedios a enfermedades pasa por la pérdida de control de sus recursos por parte de las comunidades indígenas (Carlsen, 2002). El Convenio de Biodiversidad, lanzado en la Cumbre de la Tierra de 1992, que sugiere la participación justa y equitativa en los beneficios de la biodiversidad, lamentablemente se ve comprometido por esos actos de biopiratería sobre el patrimonio de la medicina natural y tradicional de los pueblos (Montesinos y Vicente, 2005). Las llamadas bibliotecas genéticas terminan convirtiéndose en casinos biotecnológicos, donde se apuesta con los conocimientos medicinales que han sido usurpados a los médicos naturales y tradicionales indígenas (Valdez, 2005). La medicina natural y tradicional ha sido afectada por las políticas que dieron preponderancia a la medicina sustentada en las ciencias modernas. La recuperación de ese conocimiento plantea múltiples problemas bioéticos, que giran en torno no sólo a su utilización masiva en los sistemas modernos de salud pública y en el contexto de la relación médico-paciente, sino también a los conflictos que genera el patentamiento y la comercialización transnacional del patrimonio genético y el saber natural y tradicional de los pueblos.

Referencias

L. Carlsen. "El corredor biológico mesoamericano: la nueva inserción de la biodiversidad en el mercado global", en C. Heineke, *La vida en venta*: *transgénicos, patentes y biodiversidad,* El Salvador, Ediciones Heinrich Boll, 2002. - C. Milborn. "Privatizando la vida, diversidad biológica, biopiratería y propiedad intelectual", en C. Heineke, *La vida en venta: transgénicos, patentes y biodiversidad*, El Salvador, Ediciones Heinrich Boll, 2002. - C. Montesinos y C. Vicente, "Naturaleza, conocimiento y sabiduría", en *¿Un mundo patentado? La privatización de la vida y el conocimiento*, El Salvador, Fundación Heinrich Boll, 2005. - OMS, *Adiestramiento de parteras tradicionales,* Roma, 1992. - A. Valdez. "Conocimiento tradicional, la experiencia de los médicos tradicionales y parteras de Chiapas", en *¿Un mundo patentado? La privatización de la vida y el conocimiento,* El Salvador, Fundación Heinrich Boll, 2005. - RAFI-Rural Advancement Foundation International, *Bioprospecting /Biopiracy and indigenous peoples*, 31 de octubre de 2001 (RAFI se convirtió en el Action Group on Erosion, Technology and Concentration, ETCGroup www.etcgroup.org).

Relación médico-paciente

Jorge Luis Manzini (Argentina) - *Hospital Privado de Comunidad*

El contexto actual de la relación médico-paciente. Se atribuye al gran médico berlinés de fines del siglo XIX Ernst Schweninger la expresión, que se hizo tópica, de que médico y paciente, en la consulta, están solos como en una isla desierta. Si aceptamos que en realidad el paciente está acompañado por sus personas significantes (en forma real o simbólica), y que el médico de la práctica

solitaria ha sido remplazado por el equipo de salud, hay otros muchos personajes más ahora que hacen que esa isla esté superpoblada, con los "terceros pagadores", el abogado y el contador de ambas partes, etc. La terminología ha ido variando y de relación médico-enfermo se pasó a relación médico-paciente (el paciente no siempre está enfermo), relación terapéutica (el paciente debería salir siempre de la entrevista mejor de lo que estaba, aunque haya ido para un examen periódico de salud, un certificado, etc.), relación asistencial... La socialización de la medicina (que estaba empezando en el Berlín de Schweninger) ha hecho que el médico se tenga que mover con muchas reglas que poco tienen que ver con su profesión, sino que más bien obedecen a los usos e intereses de los pagadores, la institución donde trabaja, etc. El ejercicio se ha burocratizado. Hay que llenar muchos papeles y siempre está pendiente la espada de Damocles del "juicio por mala praxis". Los pacientes están existencialmente insatisfechos (como personas, como ciudadanos, con la sociedad en general) y son demandantes (porque les han enseñado que hagan valer sus derechos). Además, padecen de una "intoxicación" de información médica. La salud se entiende como un bien de consumo, que se compra, como un auto o una casa... Y la medicina se promociona hasta el hartazgo como siempre exitosa, casi mágica, pero, a la vez, en sistemas que en su mayoría van siendo "capitados" (ajustados por edad, riesgo y pago por prestación) y gerenciados, con sus limitaciones, que generan la desconfianza de lo que no se les hace o se les niega para ahorrar dinero. Todo esto ha hecho a la práctica actual de la medicina engorrosa y estresante para los profesionales, hasta tal punto que muchos están abandonando la tarea asistencial por la docente y/o la administrativa, menos comprometidas, y para otros es una de las causas principales del llamado *burn-out*, con lo que se quedan en el camino: abandonan la profesión o mueren, especialmente por enfermedad coronaria. A su vez, el contexto particular puede ser facilitador o no: si el lugar físico es o no confortable, limpio, privado, silencioso; si se trata de la sala de emergencias, el consultorio o una sala de internación de un hospital, de "agudos" o de "crónicos", el consultorio privado del médico o el domicilio del paciente; que el médico sea un especialista o un generalista, de cabecera o consultor; que el paciente sea un indigente del hospital público, un paciente privado, el de una "obra social", en los países como el nuestro, donde conviven (y se superponen) varios "subsistemas" de salud, cada uno con sus reglas propias, sus limitaciones y facilidades, o de un país con un sistema de salud universal y exclusivo; que al médico lo haya elegido el paciente o se lo haya impuesto "el tercero pagador"; que el paciente esté consciente o no; que padezca una enfermedad aguda o crónica. Sin duda la relación cobra más importancia en las enfermedades crónicas, las discapacidades y la rehabilitación, las enfermedades terminales; las que Balint, el gran pionero de la psicoterapia en medicina en los años sesenta del siglo pasado llamaba *biográficas*. En caso de padecer una enfermedad aguda (de las que él denominaba *accidentales*) como una neumonía, lo que más le importaba era la pericia técnica de quienes lo iban a atender.

Definiciones de la relación entre médico y paciente. Si bien desde hace mucho y por muy diversos autores se han distinguido varios tipos posibles (y deseables, según la visión del autor particular) de la relación médico-paciente, ellos pueden reducirse a un 'modelo centrado en la enfermedad' y uno 'centrado en el enfermo'. De las múltiples definiciones que se han dado, la del mexicano Luis Martín Bernal Lechuga dice: "*La relación médico-paciente es un proceso interpersonal, intersubjetivo y que enfrenta en una relación dinámica al paciente que se reconoce por lo menos socialmente como tal, con el médico a quien también se reconoce como tal*", la cual es aceptable para una bioética personalista en clave social. El núcleo del acto médico es, para esta visión, el encuentro interhumano, que si se da bien (de manera sólida, empática, de confianza mutua y dialógica) va a permitir la instalación progresiva de la relación, la fijación de metas y su cumplimiento, a través de la constitución de una *alianza terapéutica*. Esta es la forma que Laín Entralgo caracterizaba como amistad médica, es decir, la corriente de afecto que se establece entre necesitados y proveedores, lejos a la vez de una relación fría, burocrática y objetivante y de la relación confianzuda en la que se pierde la objetividad necesaria en su momento operativo por el excesivo compromiso emocional. Se deben tener en cuenta los motivos y necesidades del paciente, que muchas veces difieren de los del médico. Juegan aquí los conceptos de tener una enfermedad –*disease* (desde el médico)–, estar enfermo –*illness* (desde el paciente)– y ser reconocido como enfermo –*sickness* (desde la sociedad)–. En la sociedad multicultural en que vivimos y se desarrolla la bioética, las divergencias entre estas visiones son cada vez más evidentes. Por otro lado, últimamente los médicos pasamos mucho del escaso tiempo disponible haciendo *screenings* y "detección de casos", identificando y monitoreando "factores de riesgo", lo cual, como se ha manifestado, nos deja poco espacio para ocuparnos de las necesidades actuales del paciente. También deben conocerse los fenómenos transferenciales positivos y negativos que ocurren en toda relación interpersonal bien instalada (no solo en el encuadre

psicoanalítico). Los primeros deben utilizarse en beneficio del paciente, y los segundos, manejados convenientemente para que no interfieran, y delegando la atención cuando no se pueden manejar.

Pasando a considerar específicamente los aspectos morales de la relación, hay que señalar que, pese a todos los esfuerzos, la misma será habitualmente asimétrica porque el paciente es menesteroso (*ha menester* del médico), sabe menos, su situación de enfermedad lo vuelve vulnerable. Dicho en el lenguaje de la *ética dialógica* de Apel y Habermas, es función del equipo de salud tratar de *compensar esas asimetrías* en la medida de lo posible. Es fundamental la integridad profesional de los que actúen. Ninguna norma moral o legal cumplirá su fin si no está encarnada, si no hay una convicción íntima de cumplirla por parte del agente. El concepto de integridad profesional está entre las virtudes exigibles a los agentes sanitarios, y nos remite a las teorías éticas de la virtud.

Las reglas morales de la relación médico-enfermo. Habiendo dada por supuesta a la integridad, la llamada "Teoría [bioética] de los principios", de Beauchamp y Childress, reconoce tres reglas morales para la relación terapéutica: confidencialidad, veracidad y consentimiento informado. La regla de confidencialidad es el clásico secreto médico de la deontología médica. El agente de salud no debe revelar información que haya surgido en la relación con el paciente y "que no deba divulgarse", como dice el juramento hipocrático; es decir, cuyo conocimiento por otros pueda perjudicar al paciente en su pudor, su honra, sus relaciones familiares, su trabajo, etc. Esta obligación no se extingue con la muerte del paciente. Se puede justificar tanto con argumentos principialistas (respeto por las personas) como consecuencialistas (la desconfianza del paciente puede llevarlo a ocultar o deformar datos, obstaculizando así el proceso terapéutico). Como cualquier regla, no es absoluta. Puede (y, a veces, *debe*) violarse, cuando lo requieran obligaciones morales superiores, que en general caen en la necesidad de evitar daño a terceros. También puede ser aparente o transitoriamente relegada, cuando se discute *en equipo* la información no revelada aún, o se informa a un familiar antes que al paciente, para ayudarlo mejor. Esta última excepción (*privilegio terapéutico*) suele usarse abusivamente, como resabio del paternalismo médico, y a veces por la incapacidad de los equipos de contener emocionalmente al paciente luego, lo cual los lleva a evitar la comunicación directa con él, transfiriendo de algún modo esta responsabilidad a la familia. Claro que podría ser el propio paciente el que pidiera tal proceder, haciendo uso de su derecho a no saber. Finalmente, se debe insistir en que todos los que intervienen en la atención del paciente o manipulan los registros clínicos, están obligados a la confidencialidad. Los profesionales deberán instruir al respecto a quienes no lo son (camilleros, secretarias). La regla de veracidad a su vez refiere a decir la verdad, no mentir, no usar placebos sin conocimiento del paciente, el *hábeas data*. Esta regla es nueva, no pertenece a la tradición hipocrática ni deontológica, sino que tiene que ver con los desarrollos bioéticos, sobre todo con el del consentimiento informado (si no hay información, no se puede dar un consentimiento *informado*). Como la de confidencialidad, puede justificarse por el respeto a la persona y también por las consecuencias (si el paciente piensa que le mienten, pierde la confianza). *Ser veraz* está entre las virtudes del agente sanitario; y junto con la honestidad, la fidelidad a las promesas, etc., pertenece a la esfera de la *integridad* profesional. En el marco de la relación centrada en el paciente, hay que saber que la información de que hablamos es la que implica un servicio al paciente, no la que se da por mandato legal (p. ej., para evitar juicios), y que, fácticamente hablando, a los pacientes *no es fácil mentirles*. Se dan cuenta. Lo que callamos o disfrazamos con nuestros silencios o nuestras palabras, lo manifiestan la forma en que hablamos y nuestros gestos (el lenguaje no verbal). Hay que asumir estas comprobaciones de las ciencias sociales y, sobre todo para esa información que nos quema, de un diagnóstico o pronóstico ominosos, recurrir a la llamada *verdad piadosa*, como ha dicho Alberto Bochatey (comunicación personal, 1993). Esta –que está incluida en el entrenamiento comunicacional que debe formar parte de las habilidades en que los agentes de salud se deben formar– consiste, para decirlo brevemente, en ir develando la información de a poco, por "bloques", al ritmo que el paciente nos imponga, y hacerlo *con amor*. O sea, la cuestión no es decir o no, sino *cómo* decir, y esta es una pregunta técnica. El camino que vamos a recorrer con el paciente tiene de un lado a esta regla de veracidad, y del otro el principio de no-maleficencia. Nos acercaremos más a un lado o al otro según se vaya dando el diálogo. Y tendremos que aceptar que, aunque pongamos mucho cuidado, nos equivocaremos muchas veces. Como se ha dicho, la práctica ha pasado a ser "en equipo". Cuando realmente se funciona así (interdisciplinariamente, no multidisciplinariamente), no hay un líder; el paciente y su grupo de pertenencia se relacionan de manera parecida con los distintos integrantes del equipo, aunque estos mantengan su especificidad técnica. En ese caso, la circulación de información debe ser muy fluida entre los miembros, para mantener coherencia entre los mensajes que reciben el paciente y sus familiares (piénsese especialmente en los equipos de rehabilitación,

los hospitales geriátricos, los cuidados paliativos domiciliarios, etc.). Pese a todas las dificultades mencionadas, la experiencia y la convicción nos indican que siempre se puede trabajar desde la concepción personalista de la relación sanadora. La escucha atenta, el gesto afectuoso, la palabra oportuna, son agradecidos por el paciente, permiten constituir con más facilidad la alianza terapéutica, y los resultados son mejores.

Referencias

A. Agrest. "Acoso a los médicos" (editorial), *Medicina* (Buenos Aires), 58:763-4, 1998. - M. Balint. *El médico, el paciente y la enfermedad,* Buenos Aires, Libros Básicos, 1961. - S. Finkielman. "La desmedicalización de la medicina", *Medicina* (Buenos Aires) 58:555-7, 1998. - P. Laín Entralgo. *Antropología médica,* Barcelona, Salvat, 1984. - F. Lolas Stepke. "Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica", en *Proposiciones para una teoría de la medicina,* Santiago de Chile, Ed. Universitaria, 1992, pp. 183-201. - J. A. Mainetti. *La crisis de la razón médica,* La Plata, Quirón, 1988. - J. L. Manzini. *Bioética paliativa,* La Plata, Quirón, 1997. - E. Pellegrino. "La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica", *Boletín de la OPS*, 108(5-6):379-390, 1990.

Paternalismo médico

Freddy García (Venezuela) - *Universidad Central de Venezuela*

*Definición conceptua*l. El paternalismo refiere fundamentalmente a dos ideas: por una parte, la de autoridad o dominio; por la otra, la idea de protección y afecto. Cabanellas (1982) define paternalismo como "*actitud o comportamiento de suave dominación y protección desinteresada*". La idea de autoridad implica en la relación interpersonal una ubicación desigual de las partes involucradas, en la que a una de ellas se le reconoce en un plano superior en tanto que la otra permanece sumisa a sus órdenes o indicaciones. La idea de protección se sustenta en un principio de bondad, de ayuda. Es un actuar en beneficio de o por el bien de otro. Cuando se habla de paternalismo en el ejercicio de la relación médico-paciente (o profesional-usuario, expresión propuesta en la literatura española y no del todo aceptada en países latinoamericanos), la referencia es a la historia de la medicina prácticamente desde que se la conoce hasta la actualidad. En tal sentido, los historiadores lo identifican como expresión de los denominados paradigmas médico-filosóficos de la Grecia antigua y médico-teológicos del medioevo. En ambos, la voluntad del paciente no cuenta y solo el médico está en capacidad de restituirle la salud, aun en contra de su voluntad. No existe como tal una definición del paternalismo, tampoco del origen del término; en cualquier caso, la idea que subyace es la de la capacidad y autoridad del médico para decidir lo que hay que hacer respecto de sus pacientes, siempre en procura de su bienestar o de lo que es mejor para él. He aquí el principio de bondad o ayuda. Para Katz (1989), "*La historia de la relación médico-paciente desde la antigüedad al presente atestigua la dedicación y el cuidado de los médicos al bienestar físico de sus pacientes*". Se observa pues que el principio de beneficencia es inseparable de una concepción paternalista de la medicina, y este principio está en su origen. "*Es procurar el máximo beneficio al enfermo*" (Sánchez, 1998).

Caracterización. En el paternalismo podemos identificar: 1. Una verticalidad en la relación; el médico se ubica en un plano superior. 2. El médico da indicaciones que se asumen como órdenes. 3. La posición del paciente es de sumisión o de resistencia. 4. La autoridad del médico parece derivar de su posición de poder, asumiéndose en consecuencia que posee el conocimiento y la autoridad para actuar. 5. La información al paciente no es necesaria, por lo que la relación se sustenta en el silencio y la estrategia es el secreto (García, 2003). En el contexto latinoamericano, debe reconocerse que ha habido una larga tradición en el desarrollo de modelos políticos intervencionistas que han privilegiado el ejercicio de una concentración de poder, lo cual ha contribuido muy poco al desarrollo de ciudadanos participativos, por lo que resulta fácil encontrar también esta misma caracterización paternalista de la práctica médica en la relación docente y en el sistema judicial. Todos ellos están impregnados de un paternalismo generalizado muy arraigado en la conciencia ciudadana. Es difícil hablar del paternalismo sin hacer referencia a la autonomía como paradigma, no solo opuesto sino vigente, y en ambos al papel que ha jugado el manejo de la información que ha sido tal vez el elemento imprescindible para el cambio. Pues es a partir del ejercicio del derecho a la información como el individuo no solo nutre su capacidad de tomar decisiones, sino que también desarrolla el sentido de la responsabilidad ausente por inejecución en el paternalismo, donde es el médico en definitiva quien toma las decisiones y por ende asume la responsabilidad. Hoy día, y en franco desarrollo en nuestra región, uno de los conceptos de mayor vigencia en el contexto de la bioética es el referente al *consentimiento informado*, anglicismo que, aunque no expresa el verdadero proceso de comunicación que ha de seguirse entre médicos u otros profesionales y sus pacientes o usuarios, refleja el paso del paternalismo al ejercicio de la autonomía; conjuga en su expresión ese derecho-deber que obliga al médico a conceptuar al paciente en sentido íntegro y bajo el principio de la autodeterminación; por consiguiente se trata de un consentimiento obtenido previa información suficiente, veraz y oportuna.

Referencias

Guillermo Cabanellas de Torres. “Paternalismo”, en *Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual*, Buenos Aires, Editorial Heliasta, 1982, tomo VI, p. 146. - J. Katz. *El médico y el paciente: su mundo silencioso,* México, Fondo de Cultura Económica, 1989. - M. Sánchez. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico,* Barcelona, Masson, 1998. F. García. “El consentimiento informado en los servicios de cardiología y cirugía cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas”, tesis de grado, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Escuela de Postgrado, 2003.

Toma de decisiones médicas

Daniel Lew (Argentina) - *Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (Cemic)*

Definición conceptual. No hay medicina sin decisiones. Se toman a todos los niveles del trabajo clínico. ¿Cómo orientar a un paciente que debe dejar su hábito tabáquico? ¿Qué tratamientos elegir para controlar el dolor en la migraña? ¿Se debe recomendar cirugía a un paciente con hernia asintomática o es mejor retrasar la decisión, o simplemente se debe mirar y esperar alguna eventual complicación? ¿Se debe realizar quimioterapia adyuvante en una mujer con cáncer de mama precoz, o no? La mayoría de las veces tales decisiones se toman con un variado grado de incertidumbre: la información y los datos clínicos están ausentes o son incompletos, las características de los pacientes son divergentes de los de la literatura, difiere la exposición a diversos factores, los tratamientos, sus posibles resultados o las comorbilidades de los pacientes no representan necesariamente los que la literatura médica refiere. Conceptualmente, la decisión médica representa la elección de la mejor opción al evaluar los beneficios y los riesgos o sus daños. La toma de decisiones es un proceso mediante el cual se llega a una decisión médica concreta como último resultado o punto final de dicho proceso. El análisis de decisión aborda precisamente tales situaciones. Es una aproximación metódica a la toma de decisiones bajo condiciones de incertidumbre. También ha sido definido como un derivado de acciones de investigación, y teoría del juego que abarca la identificación de todas las opciones posibles y resultados potenciales de cada una, en una serie de decisiones que se han de tomar, sobre aspectos del cuidado del paciente o de políticas de salud. Los datos epidemiológicos juegan un importante papel en la determinación de las probabilidades de los resultados que siguen a cada opción que haya de llevarse a cabo.

El análisis de la toma de decisiones. Analizar estos problemas suele ser una tarea difícil por varias razones. Tal vez el factor más importante es que la comparación de beneficios y daños es una tarea inherentemente subjetiva, en la cual los individuos deben evaluar y pesar sus preferencias personales por diferentes posibles resultados. Esta subjetividad tiene varias consecuencias. La primera es que no hay leyes naturales o físicas que puedan ser modeladas para desarrollar herramientas cuantitativas de la forma en que los modelos estadísticos pueden usarse para analizar la evidencia. Cuando los modelos normativos de decisiones, como algoritmos diagnósticos o terapéuticos, se desarrollan, ellos son frecuentemente contradichos por la conducta real de las personas. Una segunda consecuencia de la subjetividad es que de hecho no suele haber una respuesta única a la comparación de beneficios y daños. Diferentes personas pueden tener diferentes preferencias y aun las preferencias de una persona pueden modificarse a lo largo del tiempo –no se suelen tomar las mismas decisiones cuando una enfermedad está en estadios tempranos que en los avanzados, o si la misma enfermedad provoca dolor irreductible o no lo provoca, o si el mismo es manejado con analgésicos que presentan reacciones adversas inmanejables, o no–. Una tercera consecuencia es que resulta frecuentemente difícil para los médicos y los pacientes imaginar los resultados. No solo hay incertidumbre acerca de la mayoría de los resultados, sino que además el problema es que la mayoría de las elecciones requiere que la gente piense acerca de eventos que ellos nunca han experimentado. Un cuarto problema es que las circunstancias en que las decisiones se toman pueden ser inhibitorias de un proceso racional para las mismas. Idealmente, se debe arribar a decisiones cuando las opciones son reales y razonablemente conocidas, como cuando existe un diagnóstico cierto y un tratamiento conocido; pero las decisiones bajo ciertas circunstancias pueden estar alteradas, como en las emergencias o bajo efectos de situaciones emocionales, lo cual compromete resultados extremadamente serios, gran incertidumbre o un gran arrepentimiento si se toma la opción errónea. En estas situaciones, muchos pacientes preferirán no realizar comparaciones que los conduzcan a decisiones, sino que algún otro tome las decisiones por ellos. Un problema final es que en algunas circunstancias es imposible para un paciente comparar beneficios y daños de diferentes opciones –la incompetencia mental o niños muy pequeños suelen ser los ejemplos más cercanos–. Pero además de los problemas causados por la subjetividad en la comparación de efectos, los resultados de muchas intervenciones afectan a otras personas que aparecen en principio como agentes secundarios de las mismas. Los intereses de diferentes partes pueden entrar en conflicto. Ejemplos de esto pueden ser la

definición de aislamiento frente a enfermedades infecciosas, la necesidad de restringir la autorización de conducir a pacientes con riesgo de convulsiones o la necesidad de otorgar cobertura de algún servicio, como el trasplante de órganos en determinadas condiciones clínicas o el uso de medicaciones de alto costo, cuando esto compromete los recursos de otros servicios esenciales para la comunidad. Para estas intervenciones, no solo es necesario evaluar los beneficios y daños percibidos por cada parte, sino que es necesario reconciliar intereses de los distintos agentes.

Decisiones y medicina basada en la evidencia. Como es conocido, los métodos que permiten comparar beneficios y daños así como los métodos que faciliten la integración de los intereses de los diferentes agentes no están tan desarrollados como los métodos para interpretar la evidencia experimental. En este punto debemos introducir algunos conceptos de las herramientas "racionales" para la toma de decisiones médicas en el paciente individual como en las de salud pública. Para esto debemos mencionar los conceptos de medicina basada en la evidencia (MBE) y las técnicas asociadas. La MBE integra la experiencia clínica con los valores de los pacientes y la mejor evidencia disponible. En un pasado reciente los médicos tomaban responsabilidad no solamente para estar bien informados sobre los beneficios y daños de las opciones médicas, sino para juzgar y operar sus valores en función de los mejores intereses de los pacientes. Más recientemente, un proceso de decisión compartida apareció en el escenario, en el que los pacientes son reconocidos como los principales expertos para juzgar valores. En años recientes se ha desarrollado una serie de herramientas que asisten a los pacientes –y a sus médicos– a tomar decisiones compartidas de manera que los primeros puedan comprender las probables consecuencias de las elecciones, consideren el valor que ellas ocupan sobre las consecuencias y participen activamente con su(s) médico(s) en seleccionar la mejor opción para ellos. Si tomamos la definición central de sus propulsores, "*MBE es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones para la atención de pacientes individuales*". La práctica de la MBE significa integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible, derivada de la investigación sistemática. La experiencia clínica individual implica la pericia y el juicio que los médicos adquieren a través de la experiencia y la práctica clínica. La experiencia clínica se refleja de muchas maneras, pero especialmente a través de la identificación más efectiva y eficiente de diagnósticos y en una actitud de respeto de los derechos y preferencias de los pacientes en la toma de decisiones. La mejor evidencia externa implica la investigación clínicamente relevante, con frecuencia obtenida de las ciencias básicas, pero en especial surgida de la investigación clínica centrada en el paciente sobre la precisión de estudios diagnósticos (incluyendo el examen físico), el poder de los marcadores pronósticos y la eficacia y seguridad de los regímenes preventivos, terapéuticos y de rehabilitación. "*La evidencia externa –según los impulsores de MBE– invalida los estudios diagnósticos y tratamientos previos y los remplaza con los nuevos que son más poderosos, más precisos y más seguros*".

Crítica del reduccionismo de la evidencia. Podemos realizar una síntesis crítica de estos enunciados y de cómo es la repercusión de lo señalado en la toma de decisiones médicas. Es claro que la importancia de la evidencia surgida de los ensayos aleatorizados, de la aproximación crítica de la literatura médica, de los metaanálisis y de las revisiones sistemáticas no debe ser sobreestimada al punto de que represente una panacea. Las cuestiones de cómo MBE es capaz de responder a las preguntas sobre políticas de salud y su valor, y sobre cómo MBE es en sí misma un proyecto cargado de valor para la toma de decisiones médicas y de salud pública, son objeto de debate. ¿Cómo pueden tomarse decisiones en un contexto de ausencia de evidencia perfecta bajo un manto de atención médica ética y racional? ¿Cómo debemos incorporar los puntos de vista de los pacientes y la comunidad en los procesos de toma de decisiones? ¿Cuándo la búsqueda de evidencia y el imperativo de la investigación llevan a problemas éticos de la misma? ¿Cuán bien fundado es el tema de que la evidencia nos otorga conocimiento de primer orden? El término MBE fue inicialmente mencionado en un artículo que publicó *JAMA* en 1992; en esencia, los propulsores del movimiento dicen: "*Todas las acciones médicas relacionadas al diagnóstico, pronóstico y terapéuticas, deben tener una sólida base cuantitativa basada en la evidencia sobre la mejor investigación en epidemiología clínica*". Ellos también señalan que "*debemos ser cuidadosos sobre las acciones que estén basadas exclusivamente en la experiencia o sobre la extrapolación directa de la ciencia básica*". Efectivamente, este no es un nuevo concepto, como lo mostró recientemente Vandenbroucke, quien investigó la raíz original de la epidemiología clínica y del movimiento MBE. Alexandre Louis fue quien impulsó la iniciativa de la llamada *médicine d'observation* en Francia en 1830. No sorprende que Louis encontró importante resistencia entre sus colegas y señaló: "*Los médicos no podemos confiar en la especulación y teorías sobre las causas de la enfermedad ni en las experiencias personales, sino que debemos realizar grandes series de observaciones de las que se deriven resúmenes numéricos de los que*

emergerá la verdad actual sobre los tratamientos que utilizamos en nuestros pacientes". Vale la pena repasar similitudes y diferencias entre el ahora y el ayer. A comienzos del siglo XIX los pioneros de la *médicine d'observation* reaccionaron en contra de un tipo de medicina que obtenía sus teorías de muchos elementos que serían considerados "sin sentido" por los estándares científicos actuales. En nuestros días MBE, aparece en un contexto medioambiental muy diferente, en el cual la ciencia básica moderna tiene un sólido respaldo experimental. Hoy sabemos que la llamada *médicine d'óbservation* fracasó poco después de su aparición. Una fuerte reacción de la profesión médica, junto a la ausencia de condiciones contextuales, fueron los condicionantes de un resultado desfavorable. El proceso de toma de decisiones sostenido en MBE ¿experimentará un resultado distinto dada la existencia de un mundo más científica y tecnológicamente orientado? De muchas maneras similares una fuerte reacción negativa ha surgido contraria al movimiento de MBE. Indudablemente una de las razones para semejante reacción negativa contra MBE ha sido el hecho de que fue categorizada como "*un vuelco en el paradigma de la atención médica*". Esta definición podría ser portadora del mensaje: MBE es medicina científica, mientras que toda la medicina practicada previamente no disponía de bases científicas. Esto no solamente es simplista sino que es claramente erróneo. La diferencia que vale la pena destacar no es que la gente antes del movimiento de MBE no usaba la evidencia, sino que la causa real del fracaso fue la falta de un marco y un cuerpo de reglas para usar la evidencia de una manera sistemática y explícita. Esto significa que la ventaja a destacar es que la forma y las reglas de acuerdo con las cuales debemos usar e interpretar la evidencia necesitan ser modificadas.

Problemas socioeconómicos en la toma de decisiones médicas. Los costos de la atención de la salud han ido escalando posiciones a lo largo de décadas. La velocidad de este crecimiento ha sobrepasado en la mayoría de los países al crecimiento de sus economías. Entre las múltiples razones para esta tendencia están el crecimiento en tecnologías onerosas y una creciente demanda por servicios, alimentada por un mix social de cambios complejos –mayores niveles de educación, la commoditización de la medicina y la medicalización general de la vida–. También hay una creciente presión por lograr mejoras en la calidad de la atención. Algunos de los complejos desarrollos sociales que subyacen a esta presión son: la creciente autonomía, aplicación de nuevos derechos y diseminación de los conocimientos en la comunidad; la commoditización de la relación médico-paciente, y la caída en la confianza del profesionalismo y del juicio profesional; la mayor confianza en los desarrollos estadísticos y una menor tolerancia en el error médico. Estas tendencias impactan en los diferentes participantes del sistema de salud (pacientes, médicos y pagadores) de manera distinta, llevando claramente a conflictos de intereses. También se ha argumentado que los recursos no producirán necesariamente bien alguno a menos que el dinero sea utilizado en intervenciones efectivas. Por lo que, cuanto más recursos se derivan al sistema de salud, esto se realiza bajo condiciones de que se pruebe que los mismos se utilizarán en intervenciones efectivas. Esta tendencia ha creado una necesidad sin precedentes en la profesión médica de dar respuestas explícitas de sus acciones, tanto en términos médicos como económicos. El universo de toma de decisiones en medicina sostenido por la MBE se ha convertido en un proceso central que dota de una creciente responsabilidad a la medicina en su conjunto. La toma de decisiones basada en MBE adquiere importancia en el conflicto entre la ética médica hipocrática tradicional y la medicina moderna. Tradicionalmente, los médicos han servido en el deber profesional, esforzándose por lograr lo mejor para su paciente individual en todas las circunstancias, sin considerar los costos de oportunidad de sus acciones. Esta aproximación atomista ha enfatizado la unicidad del paciente individual y la importancia de la relación médico-paciente. La medicina moderna raramente puede ser atomista, dado que depende de múltiples equipos profesionales, tecnología compleja y, a veces, múltiples pagadores. Esto ha hecho más difícil el proceso de toma de decisiones por la participación de otros jugadores en un escenario que, de por sí, ya era complejo, pero que deberá sostener la lógica kantiana del "*debemos actuar considerando a toda persona un fin en sí mismo y nunca un simple medio*", que ha marcado la cultura ética occidental de los últimos doscientos cincuenta años.

Referencias

Milos Jenicek. *Epidemiología. La lógica de la medicina moderna*, Barcelona, Editorial Masson, 1996. - Trisha Greenhalgh, Anna Donald. *Evidence Based Health Care Workbook*, London, BMJ Publishing Group, 2000. - David M. Eddy. *A Manual for Assessing Health Practices & Designing Practice Policies, The Explicit Approach*, Philadelphia, Pennsylvania, Published by the American College of Physicians, 1992. - R. Ashcroft, R. Ter Meulen. "Ethics, Philosophy, and evidence based medicine", *J Med Ethics* 30:119, 2004. - A. Liberati, P. Vineis. "Introduction to the symposium: what evidence based medicine is and what it is not", *J Med Ethics* 30:120-121, 2004. - Evidence Based Working Group. "Evidence based medicine: a new approach to the teaching of medicine", *JAMA* 268:2420-5, 1992. - S. I. Saarni, H. A. Gylling. "Evidence based medicine guielines: A solution to rationing or politics disguised

as science?", *J Med Ethics* 30:171-175, 2004. - Tom L. Beauchamp, James F. Childress. *Principios de Ética Biomédica,* 4ª ed., Barcelona, Editorial Masson, 1999.

Psicología

Ana Claudia Machado y Eliane Seidl (Brasil) - *Universidad de Brasilia*

En el campo de las ciencias humanas, la psicología estudia fenómenos y procesos psicológicos en sus relaciones con aspectos físicos, biológicos, familiares, sociales, culturales, profesionales, escolares, jurídicos, religiosos y deportivos de los individuos. Investiga el comportamiento humano y, menos frecuentemente, el inhumano, con la intención de comprender las interrelaciones entre los individuos y su ambiente, aportando el desarrollo de técnicas de intervención y métodos de tratamiento eficaces. Investiga procesos subjetivos y sus consecuencias en las diferentes dimensiones de la vida humana. Busca identificar aspectos del sufrimiento psíquico y el manejo de sus causas para promover la calidad de vida. Su ética deontológica es pautada por códigos de ética profesional que guían el ejercicio de la profesión, en los cuales la defensa de los intereses de la sociedad debe ser privilegiada en detrimento de la defensa de la corporación en cuanto una categoría profesional. Los códigos de ética profesional del psicólogo, que pueden ser normativos, consultivos o reguladores, deben contemplar aspectos que orienten y guíen la práctica profesional, destacando principios que favorezcan la garantía de los Derechos Humanos fundamentales y el respeto, principalmente, por el principio de la no-maleficencia del soporte psicológico especializado. También son focos de la atención psicológica el desarrollo de las potencialidades y el rescate de la autonomía de la persona. La práctica profesional dentro de este marco puede envolver distintas situaciones donde los procesos de decisión incluyan dilemas morales: 1. *Ética social*. La ética social, por ejemplo, incluye la participación del psicólogo en la creación y desarrollo de políticas públicas pautadas en las necesidades de las personas y las poblaciones, atendiendo a su bienestar biopsicosocial y su calidad de vida. El profesional de psicología puede investigar la vulnerabilidad social del ser humano considerando que las transformaciones sociales pueden relacionarse íntimamente con mejor calidad de vida y bienestar social. 2. *Ética de la educación*. La reflexión ética también forma parte de la enseñanza de la psicología. En la planificación del docente de psicología está la transmisión de valores éticos a los futuros profesionales psicólogos, con independencia de la asignatura particular que se esté enseñando. La simple lectura del código de ética, aunque crítica, es insuficiente para infundir valores éticos relevantes que deberán acompañar al psicólogo en toda la vida profesional. También es importante rescatar una postura proactiva del psicólogo con relación al estado de las cosas, hechos y eventos sobre los cuales pueda intervenir, lo que supone que no es suficiente pensar honestamente y desear el bien para que la postura profesional alcance un estatuto ético. 3. *Ética en psicología del trabajo*. En psicología del trabajo, el profesional de esta área trabaja sin perder el foco en la ética de las organizaciones, considerando que elementos extrínsecos al trabajador están íntimamente relacionados con su salud y bienestar general. Al considerar que el modo como el trabajo está organizado ejerce influencias multideterminantes en el funcionamiento psíquico de los trabajadores, que pueden ser positivas o negativas, el psicólogo de esta área tiene como foco promover el trabajo como una fuente de placer más que de sufrimiento, contribuyendo así para una mejor expresión de la subjetividad individual (Mendes y Morrone, 2002). 4. *Ética en psicología de la salud*. Según Matarazzo (1980), la psicología de la salud se define como las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología usadas para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades y para el perfeccionamiento de los sistemas sanitarios y la elaboración de políticas de salud. Como profesional de salud, el psicólogo puede insertarse en equipos multiprofesionales o multidisciplinares de asistencia, destacando una visión del paciente pautada en una concepción biopsicosocial del proceso salud-enfermedad. Las actuaciones pueden desarrollarse de acuerdo con la complejidad de los niveles de atención a la salud y de la organización de los servicios. En el nivel primario se pueden destacar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En el nivel secundario se hace relevante la reducción del riesgo de aparición de determinadas enfermedades, considerando los factores biológicos, ambientales, psicosociales y socioculturales. La atención en el nivel terciario trata de disminuir o eliminar las consecuencias de enfermedades y desórdenes ya ocurridos, y abarca diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las intervenciones en psicología de la salud deben reconocer diferencias de género, cultura, situación socioeconómica y aspectos ambientales. Los profesionales que actúan en esta área se deben guiar por principios éticos en el desarrollo de pesquisas e intervenciones (Suls & Rothman, 2004). El psicólogo de la salud puede contribuir asimismo con la creación y perfeccionamiento de políticas públicas de salud al insertarse como profesional en los servicios y en el sistema de salud, considerando las demandas de los usuarios

y actuando de modo integrado a los demás profesionales de los equipos de salud.

Referencias

Joseph Matarazzo. "Behavioral Health: A 1990 challenge for the health sciences professions", en J. D. Matarazzo, S. H. Weiss, J. A. Heard, N. E. Miller & S. T. Michael (orgs.), *Behavioral Health: A handbook of health enhacement and disease prevention,* Nueva York, Willey & Sons, 1980. - Ana Magnólia Mendes & Carla Morrone. "Vivências de Prazer-Sofrimento e Saúde Psíquica no Trabalho", en A. M. Mendes, L. O. Borges & M. C. Ferreira (orgs.), *Trabalho em Transição, Saúde em Risco,* Brasilia, Editora Universidade de Brasília, 2002. - Jerry Suls & Alex Rothman. "Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and challenges for health psychology", *Health Psychology*, Vol. 23, N° 2, 2004, pp. 119-125.

Modelos de atención de enfermería

Dalgis Ruiz Reyes (Cuba) - *Universidad Médica de La Habana*

El modelo maternalista. La enfermería es una disciplina que ha existido desde tiempos remotos, en un inicio caracterizada por un ejercicio empírico. En su desarrollo histórico pudiéramos distinguir determinados momentos o periodos culminantes: la enfermería antes de Florencia Nightingale, la era de Florencia Nightingale y la posterior a ella. Las dos primeras etapas con una importante influencia religiosa por el papel dominante de las iglesias cristianas en la cultura occidental, y la tercera, secular, con un rol social diferenciado y sólidas bases técnico-científicas. El cristianismo y otras ideologías crearon una práctica de solidaridad y ayuda al necesitado propicia para que los cuidados no se ofrecieran en razón de justicia, sino de caridad. Esta concepción influyó en que se hicieran coincidir los preceptos morales generales acerca de la beneficencia con la motivación y el actuar de los entonces cuidadores, que se tradujo en una atención caritativa, amorosa y desinteresada. A raíz de las Cruzadas se crearon órdenes de caballería, como la de los Caballeros Templarios y de San Juan de Jerusalén (conocidos posteriormente como de Malta), las cuales dieron protección y ayuda a los peregrinos que hacían el viaje a Tierra Santa, y también se fundaron hospitales para pobres no asociados a monasterios, como el Hotel de Dieu en Lion y el Hotel Dieu de París. En esta etapa se crearon también órdenes como las Hermanas Agustinas o de la Caridad que llevaron una vida de total consagración al enfermo, haciendo que el arte de cuidar se centrara en la atención a este, tal como una madre lo hacía con su hijo. En los hospicios medievales los cuidados eran de la incumbencia y quedaban mayormente bajo dirección de los sacerdotes, no de los médicos, tanto en el caso de la atención de los deberes religiosos para con los enfermos, como de la higiene, alimentación y las curas. Se permitió que las religiosas encargadas de estas tareas accedieran a la instrucción de lectura, escritura y aritmética, y se les autorizó a acudir donde fueran necesarias, pero también se les enseñó a obedecer sin reservas a los médicos, lo que dio origen al modelo de atención de enfermería tradicional centrado en la subordinación a los médicos por considerar que eran ellos los más capacitados para conocer todo lo relacionado con el enfermo (Castro, 2002). Los males sociales profundizados en el siglo XVIII, que provocaron la eclosión de profundos cambios socioculturales, obviamente influyeron en la enfermería como reflejo de lo que pasaba a la mujer en la sociedad en su conjunto; esto llevó a que al calor de las revoluciones burguesas se focalizara el interés público y se replanteara la situación de la profesión. De esta manera se fue gestando una preocupación social por el estancamiento en las prácticas tradicionales del arte de cuidar, mientras que la medicina (el arte de curar) avanzaba en forma firme y rápida. Esto propició algunos cambios significativos que conducirían a una profunda reforma de la enfermería y favorecerían la introducción del conocimiento científico en la profesión (Amaro, 1991). Sin embargo, la era de Florencia, conocida también como la era de las reformas en enfermería, legó a la relación médico-enfermera-paciente un "*tinte claramente militar en el que la obediencia, lealtad y autosacrificio eran distintivos. El papel de la enfermera estaba integrado a un sistema de relación patriarcal clásico*". El médico autoritario y con capacidad para decidir qué era mejor en determinadas circunstancias, la enfermera sumisa pero cariñosa y con una absoluta entrega al paciente, y este último obediente, dependiente e incapaz de tomar decisiones por sí mismo (Simón y Barrio, 1997). Esencialmente el modelo maternalista está basado en el criterio de que deben desarrollarse en el profesional de la enfermería determinadas virtudes que actuarían como motivos internos en la conducta de este, quien entonces atenderá al paciente con un amor y desinterés dignos del que una madre prodiga a su hijo, tutelados ambos por la figura paternal del médico. En este modelo el paciente constituía una entidad pasiva carente de autodeterminación e incapaz de satisfacer sus necesidades básicas, aun sin tener limitaciones evidentes, razón por la cual la enfermera suplía en su totalidad la satisfacción de sus necesidades, sin educarlo en función de crear independencia. Florencia Nightingale enriqueció grandemente la enfermería desde el punto de vista profesional. Ella inició métodos de observación no utilizados hasta el momento; toda su actuación estuvo en función de fomentar cambios

sociales; sus notas sobre los estudios realizados en aras de mejorar la salud de sus pacientes la señalan como una destacada científica e investigadora empírica. Fue ella quien elaboró la primera teoría de enfermería centrada en el entorno con un claro enfoque naturalista, pues consideraba que "*la enfermedad era un proceso de reparación y que la función de la enfermera consistía en manipular el entorno del paciente para facilitar el proceso*" (Marrier y Raile, 2002). A partir de este momento la enfermería vivió una etapa muy prolífera en relación con su campo teórico: muchas estudiosas de la profesión, desde sus perspectivas, crearon teorías y modelos de atención de enfermería que se convirtieron en pilares importantes para la posterior concepción del arte de cuidar como ciencia; muchas de ellas sustentan aún, quizás con algunas modificaciones, el actuar profesional de las y los enfermeros en determinadas situaciones. La estructuración de los principios éticos de la enfermería data de la segunda mitad del siglo XIX con la primera declaración de deberes profesionales de las enfermeras, conocida como "Juramento Florencia Nightingale", publicada en 1893, adoptada como paradigma moral por la American Nursing Association (ANA), reflejo de la necesidad de un código ético-legal que normara la práctica de la profesión. "De esta manera la profesión incorporó dos principios éticos a su actuar: la fidelidad al paciente, entendida como el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el sujeto a su cuidado, entre los cuales se encuentra guardar el secreto profesional acerca de las confidencias hechas por éste; y la veracidad, principio de obligatorio cumplimiento aun cuando pueda poner en situación difícil al propio profesional, como es el caso de admitir errores por acción u omisión" (Amaro, 1991). El primer instrumento de ética dirigido a todas las enfermeras y enfermeros del mundo fue el Código del Consejo Internacional de Enfermería, adoptado, revisado y firmado en São Paulo en el año 1953. "Por primera vez las enfermeras asumen un prototipo ético que las aglutina. Este documento propone cuál es el ideal moral de la profesión, a la vez que busca los mecanismos para vigilar desde dentro el buen hacer de los miembros del colectivo" (Bello, 1998). Hasta este momento el sustento ético de la profesión no se había desprendido aún de su ropaje maternalista. Pero en la segunda mitad del siglo XX esta actitud ética comenzó a cambiar.

El modelo autónomo e independiente. Durante la prolífera etapa del desarrollo de las teorías iniciada a mediados del pasado siglo se evidenciaron tendencias que propiciaron o sentaron las pautas para la aparición de un nuevo modelo: se "*comienza a precisar el concepto sobre bases científicas para los cuidados y un marco teórico que dé cuerpo a la filosofía de esta ciencia en dos dimensiones fundamentales: la ética y la epistemología*" (Berdayes, 2004). Ideas como la de Ida Orlando enfatizaron en el proceso de atención de enfermería y en "*la importancia de la participación del paciente en este proceso*" (Bello, 1998). Al analizar esta teoría podemos darnos cuenta que su supuesto principal sobre la enfermería es que "*esta disciplina debería desarrollarse como una profesión diferenciada con un funcionamiento autónomo*" (Marrier y Raile, 2002). De esta forma el rol del paciente dentro de los servicios de salud se convierte en un motivo de análisis y se reclama la incorporación del mismo, no ya como entidad pasiva; y que a pesar de que "*la enfermería y la medicina están estrechamente unidas, son profesiones marcadamente separadas*" (Ibíd.). Además, en su obra, Ida Orlando destaca la importancia de verificar las percepciones con la otra parte –el paciente– y la reciprocidad de la relación enfermera-paciente, actividad que se realiza sistemáticamente durante la recopilación de datos y la evaluación del estado del paciente a fin de disminuir el margen de error por percepciones inadecuadas. Por otra parte, modelos como el de Dorotea Orem contribuyeron a que la enfermera fuera capaz de valorar el estado del paciente para poder, en determinadas circunstancias, aplicar uno u otro sistema y que trabajara en función de educar y crear independencia en el mismo, teniendo en cuenta sus limitaciones. En las afirmaciones teóricas de Virginia Henderson se hace alusión a la relación enfermera-paciente y sus postulados se mantienen vigentes dando la visión de una enfermería preventiva en la atención integral al paciente; una enfermería que parte de un método científico de trabajo –proceso de atención de enfermería (PAE)–; que apoya el plan médico, pero no ya como un personal auxiliar, sino como un profesional de la salud con una adecuada competencia y desempeño, capaz de realizar acciones dependientes, interdependientes e independientes que determinan una autonomía en su actuación profesional. Unido a esto, debe señalarse que se incursionó en disímiles campos, lo cual ha permitido mejorar la calidad del arte de cuidar al enfermo, fundamentando científicamente cada proceder de enfermería. Sin embargo, la elevación del nivel técnico-profesional y del rol social de la enfermería como profesión aún confronta problemas de liderazgo y diferenciación de funciones entre sus niveles de formación. "*Uno de los problemas identificados en el ámbito mundial para la enfermería* –plantea Maricela Esperón– *es no diferenciar los perfiles y funciones dentro del equipo de la profesión y con otros profesionales [...], pues en los servicios, de manera general, no tienen delimitadas las diferencias entre las funciones y perfiles de desempeño de una enfermera universitaria y una técnica; sólo en la gerencia existen algunas diferencias, pues*

en los últimos tiempos se está exigiendo que los jefes de unidades y servicios de enfermería sean personal universitario" (Esperón, 2004). En la atención integral, en equipo: "*No hay papeles secundarios, no hay subalternos*", afirma Inés María Barrios; la responsabilidad de todas las actividades con relación al paciente son compartidas; por tanto no deben ser las enfermeras las únicas responsables del cumplimiento de los aspectos éticos que de ello se deriven (Barrios, 1997). En este sentido debemos entender que el paciente es una entidad biológica, psicológica y social en relación con su medio y que cuando el modelo de atención que recibe asume concepciones maternalistas o paternalistas se mutila la concepción social de la enfermería, y de hecho no se respeta la autonomía del paciente; por otra parte, consideramos, es sumamente importante analizar qué hacemos o qué debemos hacer para lograr que el paciente sea responsable de su estado de salud. Esta revolución en la concepción del rol y funciones de la profesión propició la aparición de un modelo de atención de enfermería diferente, con un marco teórico fuerte, o sea, un modelo en el que la enfermera(o) se centra en la atención al hombre sano o enfermo, la familia y la comunidad, brindándole acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación de acuerdo con su categoría en cualquier esfera de actuación profesional. Este nuevo modelo rebasaba el marco teórico conceptual del paradigma ético maternalista. "*¿Quién debe decidir? y ¿qué debe ser hecho? El principio de la autodeterminación o respeto a la autonomía se dirige a ambas cuestiones*" (Ash, 1996). En este sentido debemos analizar el respeto al principio de autonomía del paciente con relación a su estado de salud y a todos los procederes que se le realicen y, unida a ello, la obtención del consentimiento informado que facilita además la cooperación y participación del paciente en todas las actividades. La formación del profesional de enfermería debe responder a un encargo social y su visión futura debe asumir el análisis de todos los conflictos éticos que de los avances científico-técnicos se deriven, de manera que con el desarrollo social las exigencias de autopreparación serán cada vez mayores: "*La enfermera de hoy debe ser competente (debe saber y debe saber hacer) y tener buen desempeño profesional* (ejecutar y tomar decisiones en la práctica cotidiana), *sólo así podrá modificar positivamente las actuales tendencias de estancamiento del liderazgo de la profesión*" (Amaro, 1991).

Referencias

María del Carmen Amaro. "Algunas consideraciones sobre la personalidad histórica de Florence Nightingale", *Revista Cubana de Enfermería*, Nº 1, 1991. - A. D. Asch. "The role of critical nurses in euthanasia and assisted suicide", *The New England Journal of Medicine*, Special Article, May, 1996. - Inés María Barrio. "Humanización de enfermería y bioética", en J. C. Bermejo, *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería,* Madrid, San Pablo, 1997. - Nilda Bello et ál. *Proceso de atención de enfermería,* La Habana, 1998. - Daisy Berdayes. "Referentes metodológicos en el diseño curricular de la licenciatura en enfermería. Una propuesta novedosa", *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, La Habana, Vol. 3, Nº 9, 2004. - T. Castro, M. Amparo. *Manual de procedimientos de Enfermería*, La Habana, Editorial de Ciencias Médicas, 2002. - Julia Maricela Esperón. "Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería", *Revista Cubana Salud Pública*, 30 (4): 358, 2004. - Ann Marrier, A. M. Raile. *Modelos y teorías en Enfermería*, 4ª. edición, Ed. Harcourt, 2002. - Pablo Simón, Inés María Barrio. "El consentimiento informado y la Enfermería: un modelo integral", en J. C. Bermejo, *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería,* Madrid, San Pablo, 1997.

La enfermería en la atención primaria de la salud

Katiuska Navarro Bustamante (Cuba) - *Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana*

Papel de la profesión de enfermería en la atención primaria de salud. El concepto actual de atención primaria de salud tiene su origen, según David Tejada de Rivero, en la 28ª Asamblea Mundial de la Salud de 1975, y se consolidó en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata de 1978. En el punto VI de la declaración de esta conferencia se la define como "[…] *el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, lo que aproxima la asistencia sanitaria lo más posible a donde la población vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria*". Después de destacar su importancia actual como "[…] *la función central y la base principal del sistema nacional de salud*", en el punto VII.2 define su moderna proyección al decir: "*Se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud*" (Delgado, 2005). La atención primaria de salud constituye la puerta de entrada de la persona, la familia y la comunidad al sistema de salud y es este el momento en que el enfermero comienza a interactuar con los actores de la sociedad. La enfermería tiene una misión: contribuir a lograr un óptimo estado de salud de la persona, la familia y la comunidad, asegurando una atención integral y personalizada, tratando tanto al hombre sano como al enfermo y analizándolo como un ser biopsicosocial. Este enfoque holístico está presente en las concepciones generales de la disciplina. Florence

Nightingale (1820-1910) en su teoría se centró en el medio ambiente; refiriéndose a los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza, fue capaz de observar los efectos beneficiosos de los factores naturales sobre la salud del hombre. Aludió entonces a los aspectos que garantizaban la salubridad de las viviendas: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza, luz: "*Sin esto no hay casa que pueda ser saludable. Y será insalubre justo en la proporción en que estos puntos fallen*". También dirigió su atención al ruido y expresó: "*El ruido innecesario o el ruido que crea expectación en la mente, es lo que daña al paciente*". Hoy conocemos que esta observación se toma en cuenta para la salud ambiental en escuelas, en industrias y en todos los lugares que puedan contaminar el medio con ruidos por encima de los establecidos como aceptables. Sobre la profesión de enfermería expresó: "*Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre alguna enfermedad a vivir; lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad, la enfermera lo que debe hacer es lograr llevar al paciente a tal estado que la naturaleza, de manera natural, pueda actuar sobre él*" (Nightingale, 1991, del original de 1859). Virginia Henderson, nacida en 1897, llegó a definir la enfermería en términos funcionales: "*La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación (o a una muerte tranquila), que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible*" (Marriver y Raile, 2000). A partir de sus publicaciones se adoptaron los siguientes supuestos: la enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos, actúa como miembro de un equipo sanitario y actúa independientemente del médico pero apoya su plan, puede y debe diagnosticar si la situación así lo requiere, puede apreciar las necesidades humanas básicas, y está formada en ciencias biológicas y sociales. Aquí se reafirma su capacidad para participar con un equipo de profesionales de la salud y, a su vez, con su propia independencia en los cuidados de salud-enfermedad (Barroso y Torres, 2001).

La enfermería en el modelo de medicina familiar en Cuba. La atención primaria de salud en Cuba se sustenta sobre las bases de la participación comunitaria, la cooperación intersectorial y la descentralización. El Programa del Médico y Enfermera de la Familia consta de la tecnología apropiada que se corresponde con el grado de desarrollo socioeconómico del país (Colectivo de autores, 2004). El enfermero en la comunidad deberá trabajar para solucionar los problemas que aquejan a la población y, en particular, desde el punto de vista epidemiológico, las dificultades que existen en cada región. Hoy en día el enfermero es una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas. El policlínico es la unidad básica de la atención primaria de salud en Cuba y por tanto el principal escenario en la formación de los recursos humanos en enfermería. Se proyecta a la comunidad a través del Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia. El centro de acción y el núcleo funcional del policlínico lo constituye el consultorio del médico y la enfermera de la familia, en el cual se identifican, priorizan y solucionan los problemas de salud de las personas, las familias y la comunidad. Esta labor se realiza a través del grupo básico de trabajo (GBT) y del equipo básico de trabajo (EBT). El primero es un colectivo de trabajo multidisciplinario, donde, junto a otros profesionales y técnicos de la salud, el enfermero juega un papel decisivo. Lo forman entre 15 y 20 miembros de los EBT, este último formado por el médico y la enfermera de la familia, que atienden una población geográficamente determinada, y en su radio de acción pueden estar ubicados centros laborales o educacionales. Sus funciones son dar respuesta a las necesidades de salud de la población, desarrollar actividades de atención médica en consultas, actividades de terreno e interconsultas con otros especialistas; de docencia al participar en la formación del personal de pregrado y posgrado; de investigación y gerenciales. Las actividades de terreno las realiza el equipo básico de salud fuera del consultorio, con visitas al hogar, al hospital u otras instituciones de salud. El GBT cumple funciones asistenciales, docentes e investigativas y gerenciales, dirigidas a incrementar la calidad de la atención de salud y constituye la célula fundamental del área de salud, en la que se integran las principales funciones del médico de la familia. En esta labor se interrelacionan los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las acciones desarrolladas. Prevención no significa otra cosa que crear las condiciones para que la persona, la familia y la comunidad se hagan responsables de la salud individual y familiar. Los programas que prioriza la atención primaria son: la atención materno-infantil, el control de enfermedades transmisibles, el control de enfermedades no transmisibles y la atención al adulto mayor. En todos ellos el personal de enfermería destaca la calidad que ha de mostrar en su desempeño profesional y al actuar aplica su método científico de trabajo que es el proceso de atención de enfermería.

Referencias

Zoila Barroso, Marisela Torres. “Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial”, *Revista Cubana de Salud Pública* 27 (1): 11-8, 2001. - Colectivo de autores. *La Enfermería familiar y social*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2004, capítulos 1 y 7. - Gregorio Delgado. “Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba”, *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 31, Nº 2, 2005. - Ann Marriver, Martha Raile. *Modelos y teorías en Enfermería*, Madrid, Ediciones Harcourt, 2000. - Florence Nightingale. *Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?*, Barcelona, Editorial Salvat, 1991.

Educación en enfermería

Beatriz Peña (Colombia) - *Universidad Nacional de Colombia*

La bioética, como espacio transdisciplinario, enfatiza la necesidad de ampliar las perspectivas de formación en el área de la salud (Hernández, 2001). Es precisamente en el déficit de distintas perspectivas durante la formación, en donde reside uno de los principales problemas que viven los profesionales de la salud en América Latina al ponderar exclusivamente la mirada médica sin desarrollar una visión de la salud en su totalidad. La manera de abordar el problema aquí planteado no pretende incurrir en relativismos éticos, sino pensar en un abordaje de las diversas ópticas posibles para atender a la imperiosa necesidad de visibilizar las diversas dimensiones de los problemas actuales que viven los profesionales de la salud. Es necesario que los problemas sean vistos en sus variables espaciotemporales, es decir, en los escenarios y con los actores implicados, los cuales inevitablemente varían durante el curso de la historia de las profesiones de la salud. Una somera observación de los programas académicos en las diferentes facultades de las llamadas “ciencias de la salud” en América Latina, permite afirmar de antemano que los mismos contienen vacíos de tipo pedagógico, debido a la falta de formación en pedagogía por parte de los profesores universitarios, ya que el único requisito que se considera necesario para enseñar es el mero conocimiento de la profesión. Por su parte, al detenerse estos programas más en las temáticas clínicas y en la práctica, los aspirantes a estos programas académicos inician su carrera con grandes expectativas sobre el conocimiento estrictamente biologista. Si bien este conocimiento en sí no es negativo, si se pretende formar profesionales integrales en el área de la salud, lo más pertinente sería profundizar en otras áreas del conocimiento como las ciencias humanas y la bioética. Éstas se consideran pertinentes ya que la labor de los profesionales de la salud está determinada por una relación directa con otros seres humanos, aspecto que complejiza el ejercicio de estas profesiones.

Reforma universitaria y contexto global. En los programas curriculares de enfermería en particular, se observan algunos cambios a partir de las denominadas reformas universitarias o académicas. Es decir, estos cambios no han sido determinados según las necesidades específicas de la profesión o de las facultades mismas y su historia, sino que han sido impuestos desde fuera como consecuencia de las reformas económicas y sociales que viven estos países en la actualidad. Las reformas se encuentran profundamente marcadas por la tendencia casi unitaria de los enfoques y las teorías norteamericanas, pero esto no sería problemático si se pudieran conocer otras formas de aplicar la enfermería en el resto del mundo. Porque estas tendencias tienen una profunda incidencia en la prestación misma de los servicios de salud, ya que el estudiante al egresar de la universidad entra en conflicto con la realidad del sistema de salud debido a la gran brecha existente entre la teoría y la práctica. Es aquí donde se encuentran los mayores conflictos de interés para la profesión. Áreas temáticas como el proceso de enfermería y el cuidado de enfermería, que en la actualidad se profundizan y dan marco al actuar del profesional y que han sido explorados por eminentes teoristas de enfermería como Dorotea Orem, Virginia Henderson, Jean Watson y Patricia Benner, entre otras, son elementos programáticos que tienen cada vez mayor énfasis en la instrucción y que amplían más el campo o el ámbito profesional en tanto que los sistemas de salud persisten en aspectos más económicos en respuesta a las macrotendencias propias del mundo capitalista. Al mirar el contexto social y la problemática misma de las profesiones de salud en América Latina, resulta imposible desconocer las corrientes frente a la crisis de esta parte del continente, generada por los cambios estructurales propios de la globalización. El acelerado proceso de modernización experimentado por la radical modificación de los sistemas productivos, las formas de organización social, los procesos políticos, el desarrollo empresarial y las transformaciones de los valores en general, inevitablemente conllevan transformaciones en la conciencia colectiva, en virtud de lo cual los profesionales deben contar con el conocimiento de las ciencias humanas para afrontar las exigencias del mundo contemporáneo. Se requiere avanzar, más allá de lo tecnológico, en lo humano y lo social, lo cual es necesario para evitar que los cambios en el servicio mismo de la salud se queden puramente en lo mediático, la medicalización de la vida, la atención superficial y el manejo de los grandes escándalos del sector. Y esto se debe a que la sociedad les ha asignado una responsabilidad social a las

profesiones de la salud, que solo se hace evidente cuando un profesional se equivoca en su actuar y esto involucra la vida de otro ser humano. Por eso es que la educación en enfermería debe prestar especial atención a la enseñanza de la bioética a sus profesionales.

Enseñanza de la bioética. Las principales conclusiones del seminario sobre la enseñanza de la ética y la bioética, realizado como parte de la VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería (Medellín, 2003), que fue organizada por la Asociación Latinoamericana de Facultades de Enfermería, sintetizan una excelente aproximación a los fines que han de perseguirse. Debe procurarse el fortalecimiento de la conceptualización sobre la ética y la bioética para la aplicación en el cuidado de enfermería y realizar un análisis profundo sobre la relación entre la ética del cuidado de enfermería, la atención de salud y la calidad como un derecho de las personas y los colectivos. La enseñanza de la ética propiciará la reflexión sobre el respeto a la dignidad humana y el derecho a la vida. El derecho a la atención de salud llevará implícito un cuidado de enfermería con calidad desde los conocimientos y desde las políticas sociales y de salud. Para ello deberán impartirse contenidos relativos a injusticia social y política, pobreza, desplazamientos internos y migraciones internacionales, consumo de sustancias psicoactivas y narcotráfico, conflicto armado y violencia, exclusión social e inequidad en la prestación de servicios de salud, entre otros problemas de vigencia prioritaria. Finalmente, han de desarrollarse competencias para la reflexión ética en el análisis de conflictos de interés, problemas y dilemas éticos propios del contexto, y promover el mejoramiento de los planes curriculares, la preparación de los docentes en ética y pedagogía, y el acceso a materiales didácticos y recursos bibliográficos.

Referencias

Mario Hernández Álvarez. *Ética y Bioética. Memorias de la Cátedra Manuel Ancízar,* Bogotá, Unibiblos, 2001. - R. L. Wesley. *Teorías y modelos de enfermería,* México, McGraw-Hill Interamericana, 1997. - Susan Leddy, Mae Pepper. *Bases conceptuales de la enfermería profesional,* New York, Organización Panamericana de la Salud, 1989.

Trabajo social

Carlos Eroles (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

El trabajo social como profesión. El trabajo social es una disciplina del campo común de las ciencias sociales que apunta a fortalecer la capacidad de autogestión de las personas, las familias y los grupos sociales. Cuando decimos autogestionarse queremos señalar que el primer protagonista del progreso, del cambio y del desarrollo son las personas y las familias organizadas en comunidad. Nuestra tarea es apuntar a esa capacidad organizativa comunitaria, así como a la educación social y familiar, para afrontar los desafíos, conflictos y problemas de la vida cotidiana. Siempre que hablamos de trabajo social estamos haciendo referencia a una relación de diálogo y de cooperación, donde a partir de la construcción de vínculos positivos se fortalece a los sectores populares para lograr el mejoramiento de su calidad de vida. El trabajo social, como otras profesiones del campo social, tiene un anclaje muy concreto en la realidad, donde transcurre la vida cotidiana de las personas en sociedad. Se orienta por principios éticos, inspirados en los conceptos de dignidad y Derechos Humanos, e intenta contribuir a objetivos sociales de justicia social, libertad y participación. Debe caracterizarse, en el desarrollo de su actividad, por una perspectiva crítica y por un compromiso con la cuestión social. Se entiende por perspectiva crítica la visión que apunta hacia una transformación de la realidad social, a partir de una direccionalidad ético-política. Y por cuestión social, el avance en el mundo contemporáneo, y particularmente en la región latinoamericana, de la desigualdad y la exclusión social, dadas, entre otros elementos, por la brecha creciente entre riqueza y desarrollo, por una parte, y pobreza y marginación, por la otra. Es decir, que el trabajo social debe canalizar sus intervenciones a partir de una percepción contextualizada de la realidad que afrontan los sectores populares. Y complementar lo contextual a partir de una visión situada en el espacio de América Latina.

La intervención en lo social. El compromiso que apunta hacia una gradual transformación de la realidad que afrontan las personas, los grupos sociales y la comunidades, exige una sólida formación científica, que conduzca hacia la producción de una praxis social, entendida como una teoría que se confronta en la práctica y a partir de la cual surge una nueva visión teórica, que otra vez se desenvuelve y modifica en la práctica. La intervención en lo social se traduce en una serie de acciones (teórico-prácticas y técnico-operativas), o sea en opciones instrumentales y ético-políticas, que permitan discernir la direccionalidad de la acción. La intervención profesional se manifiesta, entonces, a través de sus resultados o productos, pero se define esencialmente por el proceso de trabajo y por la finalidad (Eroles, 2005). En el caso de la profesión de trabajo social la intervención directa (es decir aquella que produce efectos inmediatos sobre los sujetos destinatarios) se manifiesta en las siguientes acciones: clarificar, apoyar, informar, asistir, asesorar, persuadir, influir, controlar,

poner en relación, crear oportunidades, etc. Los resultados de la intervención pueden evaluarse en función de lo exclusivamente técnico, en términos de eficiencia y eficacia, o bien, sumar a estos otros de carácter ético como el fortalecimiento de la autonomía, el bienestar individual y colectivo, la disminución de la desigualdad y, en general, la defensa y promoción de los Derechos Humanos. Por ello, entre trabajo social y Derechos Humanos hay lazos muy profundos que tienen mucho que ver con los conceptos de vida y salud. Se afecta el derecho a la vida cuando se produce una muerte o la desaparición forzada de una persona en el marco de episodios producidos por el terrorismo de Estado y el terrorismo político. Pero también se afecta el derecho a la vida cuando en el campo de la salud o de la nutrición se produce una muerte evitable, en el marco de circunstancias fácticas desfavorables, por la aplicación de políticas o prestaciones insuficientes o de prácticas inadecuadas. Problemáticas como el hambre, la desnutrición, la pobreza extrema, afectan el derecho a la vida. Pero también lo afectan la insuficiencia de infraestructura sanitaria, la carencia de cloacas, la contaminación del agua.

El trabajo social en el ámbito de la salud. Vida y salud guardan una correlación estrecha. Considerando que "*La salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos [...] implica que todos estén en igualdad de condiciones para planificar su vida y para [...] recibir prestaciones médicas fundadas en la necesidad y no en los medios económicos que disponga una persona para pagar por los servicios*", el área o sector salud puede definirse como "*el conjunto de recursos humanos, materiales y económicos que la sociedad destina principalmente a la atención de sus enfermedades y a la prevención de las mismas, con énfasis en el bienestar y la calidad de vida*". (Tullio, 1998). La salud es un campo importante en el desempeño profesional de los trabajadores sociales. Muchos lo hacen insertos desde hospitales y centros periféricos de salud, otros en programas de atención primaria de salud (servicio social hospitalario) y otros en diversos programas que se desarrollan en espacios comunitarios. La acción profesional generalmente se realiza integrando equipos interdisciplinarios y, en algunos casos, como profesionales miembros de comités de bioética. Es importante que sean los trabajadores sociales los que propongan, a modo de punto de partida, la conceptualización del paciente como sujeto pleno de derechos, lo que convierte a la salud en un ámbito fundamental para la construcción de ciudadanía. A partir de allí, la complejidad del ámbito de la salud requerirá la adopción de posiciones frente a cada uno de los hechos que plantean opciones excluyentes, porque significan la elección de valores. Generalmente e sitúa a los equipos intervinientes frente a pares de conceptos contradictorios, como gratuidad-lucro; competencia-solidaridad; calidad de vida-deterioro; autonomía-dependencia; integración-exclusión; modelo médico hegemónico-modelo participativo y democrático; participación-paternalismo; paciente sujeto de derechos-paciente objeto pasivo de la intervención profesional; justicia-arbitrariedad. En síntesis, si "todos los seres humanos tienen derecho, un derecho inmutable y universal, que les permite desarrollar, crear y recrear sus capacidades con el fin de satisfacer sus necesidades en la sociedad" (Lamas, 2000), en el ámbito de la salud, toda práctica, institucional o profesional, debe adecuarse a las exigencias de respeto y valoración de los Derechos Humanos. El trabajo social tiene en este aspecto un papel significativo a cumplir dentro de los equipos interdisciplinarios: asumirse como promotor de ciudadanía, lo que implica considerar al paciente como sujeto pleno de derechos y protagonista central en la construcción de la salud. Y también luchar por la accesibilidad a los servicios en igualdad de condiciones para todos. Ello exige, como un paso decisivo, que el equipo de salud se asuma también como eje fundamental de esta concepción ética situada desde una visión latinoamericana y de Derechos Humanos. En esta perspectiva, la salud adquiere su verdadera dimensión dado que de lo contrario corre el serio riesgo de quedar atrapada por el fundamentalismo de mercado. Por ello es de la máxima importancia replantear las políticas del área, cuando la pauperización creciente de los trabajadores y de los sectores medios convierte al hospital público y al ámbito público en el epicentro esencial del sistema de salud. Ser la "voz de los sin voz" requiere –partiendo del reconocimiento del problema de la inaccesibilidad a los derechos– colocarse junto al otro afectado, que tiene, en términos bíblicos, "hambre y sed de justicia" y, desde el encuentro fecundo y profundo en una perspectiva humana, dejarse "con-mover" por el dolor, movilizando todas las energías en reclamo del derecho. En definitiva, se trata de saber establecer las alianzas, a partir de sostener que el portador de la salud es el pueblo, o si se prefiere el polo "persona-comunidad. Por último, la capacidad de ser alternativa es asumir la crisis como un desafío para construir otro modelo de salud, signado por el encuentro, el trabajo en común y la participación. Trabajar juntos por los derechos de todos. Buscar la coherencia en la ética del encuentro a partir de la participación y la solidaridad, parece el camino más auténtico para hacer del trabajo social, en el campo de la salud comunitaria, una herramienta para la transformación de la realidad (Eroles, 2006).

Referencias

Carlos Eroles (coord.). *Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 2005. - Ángel A. Tullio. "El médico, los pacientes y los derechos humanos", en *Libro de Ponencias del Congreso Internacional de Derechos Humanos*, Universidad Nacional de Lomas de Zamora, 1998. - Mónica Lamas. "El derecho a la educación y el trabajo social", monografía presentada en la cátedra "Niñez, Familia y Derechos Humanos", Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, julio 2000. - Carlos Eroles. "Trabajo Social, bioética y derechos humanos", en www.biosur.org.ar, con acceso en noviembre de 2006.

Consulta en ética clínica

Miguel Ángel Chaves Zambrano (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La función consultiva de los comités de ética. La consulta de un caso clínico al Comité de Ética (CE) de una institución hospitalaria hace referencia a la presentación de los dilemas morales que surgen en el proceso asistencial de un paciente, y que influyen directamente en la toma de decisiones clínicas. El planteamiento de los dilemas morales puede surgir en cualquier momento de la atención del paciente y provenir del equipo asistencial, del paciente o sus representantes. Aunque todo el proceso asistencial es en sí mismo un acto moral, es el concepto de dilema el que prima en la participación del CE durante la atención de un paciente en concreto. Como se observa, se presentan tres elementos fundamentales a tomar en cuenta para la consulta de un paciente al CE: el comité que debe recibir la consulta, un problema de orden moral que surge en el proceso asistencial y la necesidad de tomar decisiones clínicas que están directamente influidas por las recomendaciones de la consulta. Los comités de ética deben constituirse en un espacio de reflexión de carácter multidisciplinario para acompañar las decisiones clínicas que argumentan dificultades éticas; para ello es necesaria la conformación de una comisión consultiva dentro del CE que se identifique con una bioética para toda la sociedad, sin exclusiones ideológicas ni dogmáticas, asegurando su secularidad, pluralidad y carácter democrático. Esto implica definir los principios morales más allá de la argumentación religiosa, con respeto de los valores, convicciones y dignidad de cada individuo, en una sociedad insertada en una organización republicana en la cual la libertad de todos y cada individuo constituye su esencia más preciada; así, la comisión consultiva del comité de ética debe garantizar la transparencia del debate que se plantee en cada consulta.

Aspectos procedimentales de la consulta. La esencia de la consulta en ética clínica es la argumentación de un problema moral dentro del proceso de asistencia de un paciente en concreto. Esta argumentación puede presentarla cualquier actuante dentro de dicho proceso. La comisión consultiva del CE debe receptar la consulta y convocar a una reunión de comisión donde se toma conocimiento del caso. Establecer el problema moral implica que se encuentra garantizada la asistencia del paciente y que dentro de este reaseguro asistencial existen dudas en su proceso, sus objetivos o sus consecuencias. El dilema moral se puede plantear por acción u omisión del proceso de la cadena asistencial, y puede surgir del paciente o su representante, o del equipo de salud a cargo del paciente, o de alguno de sus integrantes. Es fundamental en este aspecto comprender que el dilema moral se establece más allá de la viabilidad técnica de los procedimientos médicos o biológicos implicados en el tratamiento del paciente. El debate multidisciplinario debe recurrir a los principios, normas, marcos legales referenciales y métodos de filosofía aplicada para garantizar recomendaciones operativas concretas para la toma de decisiones clínicas. Las recomendaciones del CE sobre el planteo moral establecido en la consulta se explicitan en la historia clínica y se comunican a todos los implicados en la misma. Aunque el carácter de estas recomendaciones no es vinculante para la toma de decisiones, existe un implícito moral por el cual el equipo de salud a cargo del paciente debe hacer lugar para que las mismas se lleven adelante. Es importante reconocer que las recomendaciones no tienen por qué ser del acuerdo de todas las partes, y que esto puede acarrear dificultades en la continuidad de la atención del paciente si no se da una correcta apertura mental al consenso, el diálogo y la reflexión. El marco institucional debe garantizar la correcta toma de decisiones una vez que las recomendaciones del CE se han establecido. Los amparos legales a los cuales se suele acudir para discernir opiniones opuestas frente a las mismas pueden terminar por judicializar las decisiones médicas, acompañar penosas medidas de medicina defensiva, y terminar con la relación médico-paciente. Los problemas más frecuentes por los cuales se consulta al CE tienen que ver con los límites y abstención de tratamientos, encarnizamiento terapéutico, y compromiso del principio de autonomía por el cual se consienten o rechazan terapéuticas. También es importante recordar que frente a problemas de debate conceptual como las figuras de aborto terapéutico, ligadura quirúrgica de trompas en pacientes con indicación médica de la misma, o temas de salud reproductiva, u otros, se debe solicitar asesoramiento de cada especialidad implicada en la consulta, y asesoría legal con el objetivo de que aquellas recomendaciones tengan un marco jurídico vigente.

Referencias

J. C. Tealdi, J. A. Mainetti. “Los comités hospitalarios de ética”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 108 (5-6), mayo/junio 1990, pp. 431-438. - J. C. Tealdi. “Los comités hospitalarios de ética, seis años después”, *Cuadernos de Bioética* N° 1, Programa Regional de Bioética para América Latina, OPS/OMS, 1995, pp. 121-134.

Medicina y difusión masiva

Marcelo Ocampo (Argentina) - *Hospital San Juan de Dios de La Plata*

Medicina, comunicación y corporeidad. La divulgación de las ciencias se puede interpretar de forma general como el proceso por el cual se hace llegar a un público muy amplio el conocimiento logrado por los especialistas en una disciplina científica. La divulgación de la ciencia se plantea hoy como una necesidad ligada a los procesos de democratización. En el proceso de comunicación la información circula por tres actores: el científico o especialista, el periodista y el público. Al científico le corresponde divulgar conocimientos veraces y contrastables; al periodista le compete informar con prudencia, evitando divulgar informaciones parciales; y el público, que es el receptor, merece un esfuerzo de los otros actores y del poder político por mejorar su nivel de cultura científica y sanitaria. Un primer nivel de análisis de estas cuestiones tiene que ver con el concepto de medicalización de la vida y la historia del cuerpo como subjetividad y construcción social, y la difusión que se lleva a cabo hacia los especialistas y desde estos hacia la comunidad. Un segundo nivel de análisis se relaciona con la difusión de aspectos de la medicina de interés para la comunidad y cómo se orienta el discurso de los médicos, adaptado para un público heterogéneo, no especializado, que debe ceñirse objetivamente a lo que cree la comunidad científica, evitando el deslizamiento hacia la opinión o la promoción personal. Hoy se asiste a una resurrección de la corporeidad, luego de una historiografía de olvido del cuerpo, ignorado este por los saberes académicos. Quizás ese olvido se ha debido a la herencia del jerarquizado dualismo cuerpo-alma, cuerpo-mente, en el pensamiento occidental. Pero la idea de cuerpo que aquí se toma es la de sede biológica de una identidad personal abierta, pluralizada y realizada en y con el otro, con la acción moral permitida dentro de los parámetros socioculturales. Este cuerpo tiene una estrecha conexión con el biopoder y con una economía política del deseo. Es la corporeidad como blanco de la biopolítica que mediante dispositivos de control organiza, gobierna, vigila y castiga los cuerpos de los hombres y los cuerpos sociales. En la fase teológica de la moral, primero fue la sangre de los combatientes y la sangre de la nobleza como distintivo social, y luego el dispositivo de la sexualidad el que se ubica estratégicamente en la intersección entre el cuerpo individual y el cuerpo de la población, y se regula a los individuos y a la sociedad a través del sexo. En estas sociedades feudales, el cuerpo se visualizaba como prisión del alma. Las teocracias fueron regímenes políticos en los que la salvación del alma era uno de los objetivos principales. En la Modernidad asoma una somatocracia, una moral del cuerpo donde la salud es objeto de una lucha política que disciplina los cuerpos para lograr una fuerza militar y una fuerza laboral. Surge así el cuerpo del obrero. Sin embargo, la Modernidad como fase moral laica, con el dualismo cartesiano, fija su atención más en la razón que en el cuerpo. Hoy, con el crecimiento exponencial de la tecnociencia en una sociedad digitalizada e informatizada, el foco de biopoder se ha desplazado del sexo al código genético, impactando en la intersección entre cuerpo y especie. Por otra parte, en el posmodernismo, el cuerpo es modelado y disciplinado por la biotecnología hasta lograr un producto posorgánico. Esta resurrección de la corporeidad está ligada al mundo del espectáculo y del consumo y es difundida por los medios que impulsan un comercio de lo visible, un verdadero mercado de la mirada. Es la cultura del narcisismo. El mito de los cuerpos sanos elaborado por la medicina esconde a los esclavos de la imagen.

Difusión y medicalización. Medicalización significa que la medicina ha invadido campos que antes no eran considerados como propios. Tanto es así que ya no se conforma con los cuerpos enfermos sino que medicaliza cuerpos sanos. El giro filosófico para lograr este cambio es convertir a la *infirmitas* humana como categoría ontológica en una enfermedad como categoría nosológica. La investigación de cuño prometeico, en el sentido de adaptación a la naturaleza y mejoramiento del cuerpo, respetando los límites humanos y éticos, es remplazada por la investigación de cuño fáustico, donde el remodelamiento del cuerpo y de la vida suprime los límites del propio cuerpo mediante la tecnociencia, sorteando dilemas éticos, en un deslizamiento de la ciencia a la técnica en el cual ya no importa la verdad científica sino la utilidad del proyecto. Las investigaciones cotizan en la bolsa y surge la guerra de las patentes en la investigación biotecnológica. El libre flujo de información como paradigma científico queda socavado por un secreto industrial en el cual se ampara el científico, en la vertiente filosófica fáustica. Esto fomenta el fraude científico, la desconfianza en las ciencias y en los científicos y desnuda los conflictos de intereses entre las grandes compañías farmacéuticas, los científicos y los médicos. La prensa independiente es la que muestra

esta realidad a través de boletines independientes. Estas cuestiones logran una enorme difusión e impacto en las poblaciones y urden una compleja trama de admiración y temor frente a los nuevos avances tecnocientíficos. La opinión pública, marcada por la difusión de estos logros en los medios, como el desciframiento del código genético, la clonación, la prolongación de la vida, la resurrección de los cuerpos, estimulada por una andanada de imágenes, desea y teme al mismo tiempo. El deseo de un cuerpo bello sin dolor ni enfermedad, digitalizado, formateado sin el sudor del cuerpo moderno, es posible ya mediante la tecnociencia fáustica. La tecnociencia y la medicina los ofrecen, los medios difunden la oferta y las personas acceden a la demanda bajo presión mediática, se convierten en consumidores de salud y se distorsiona el derecho a la salud como plexo de derechos normativos. La fiebre consumista promovida por los medios de difusión, como imperativo, es un nuevo gnosticismo, en el cual las agresivas e inflamadas campañas de comunicación promovidas por los medios fomentan la fe y el deseo de verse bien a cualquier precio. Se logra así un ejército de consumidores y no de ciudadanos gestores de sus propios cuerpos. La medicalización indefinida parece haber encontrado límites debido a una serie de cuestiones que están tomando lugar, como un mayor nivel de reflexión social en el mundo occidental, con un incremento de la conciencia de riesgo tecnocientífico sumado a un incremento en los juicios de mala praxis.

El médico como agente de difusión. La divulgación es un hecho que se manifiesta de forma heterogénea y a través de múltiples medios. Pero es un hecho fundamentalmente discursivo. Hay un campo o asunto a comunicar y ciertas características que debe reunir el comunicador, como el prestigio profesional y social. El término *episteme*, que equivale a ciencia (vale decir conocimiento exacto), se opone a la *doxa* griega que significa "opinión cotidiana" no sometida a ninguna crítica sino aceptada como algo de sentido común. En algunas notas realizadas a prestigiosos médicos, sin embargo, se advierte un deslizamiento desde la objetividad científica hacia la subjetividad personal; esto es un resbalón desde el conocimiento exacto hacia la opinión. Cuando esto ocurre se vulneran principios, reglas y normas éticas que es preciso explicitar. Las promesas de curación explotan en la gente los deseos de curaciones milagrosas, mágico-místicas. Esta acción vulnera las buenas prácticas sustentadas desde lo que cree la comunidad científica, impactando en los principios de no maleficencia, ya que si el discurso de profesionales no se sustenta en la ciencia y en estadística, genera expectativas falsas de curación, engañando a la comunidad, con el peligro de que los pacientes dejen de creer en los médicos y en los especialistas. La promesa de curación lesiona el principio de autonomía para el cual una información veraz debe suministrarse al paciente para que este libremente pueda elegir el mejor tratamiento para su padecimiento. La imagen de la especialidad distorsionada, así proyectada sobre la comunidad, desnaturaliza la relación médico-paciente, con el correspondiente peligro social que de ello se deriva. Colisiona en un nivel horizontal con la ética deontológica, es decir, de deberes entre colegas, de los cuales no se ocupa la bioética sino las instituciones médicas con códigos propios elaborados para la convivencia civilizada entre pares y las sanciones que corresponda aplicar cuando los códigos son violados. Los especialistas deben comunicar a un público amplio y no especializado información científica veraz. En una sociedad democrática y pluralista, los medios de comunicación son la principal fuente de divulgación sobre avances médicos y científicos; la comunidad está cada vez más interesada en estos temas y este interés encarna el derecho a la información de la comunidad. Los especialistas y los periodistas deben procurar que esta información llegue de una forma veraz y comprensible.

Referencias

J. A. Mainetti. *Antropobioética,* La Plata, Editorial Quirón, 1995. - Michel Foucault. *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber,* Madrid, Siglo XXI, 1998. - Michel Foucault. *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales*, Vol. III, Barcelona, Paidós, 1999.

Conflicto de intereses

Teresa Rotondo (Uruguay) - *Universidad de la República*

Definición conceptual. Se entiende por conflicto de intereses la situación originada cuando una persona puede ser influida en su juicio por una intención o fin diferente al que debe propender por su rol, sea profesional de la salud o de otra disciplina. Esta situación puede llevarlo a optar por otros intereses que predominen en él, obteniendo con ello ventajas para sí o sus allegados. Thompson define "conflicto de intereses" como "*un conjunto de condiciones en las cuales el juicio del profesional con relación al interés primario* (tales como el bienestar de los pacientes o la validez de una investigación) *tiende a ser excesivamente influido por un interés secundario, tal como una ganancia financiera*" (Thompson, 1993). Existe *conflicto* por el enfrentamiento con otro interés del que una persona está obligada a procurar por encontrarse en una determinada posición dentro de la sociedad, la cual la obliga a actuar con un fin determinado, y que ha sido asumido por el sujeto

en forma voluntaria al tomar para sí ese rol, ya sea profesional o no, o sujeto a una actividad pública. En un determinado momento esta obligación puede verse enfrentada a otro interés, sea personal, familiar, etc. Puede tratarse de un conflicto entre los intereses individuales de una persona y los deberes del cargo.

El interés primario de la profesión médica. El concepto se ha hecho extensivo tanto a los conflictos reales de interés como a la visualización o a la percepción por terceros de la presencia de un conflicto. Estas situaciones se originan en la relación del médico con sus pacientes y con las instituciones donde presta asistencia, en la relación de las instituciones prestadoras de atención y los usuarios, así como también en el campo de las investigaciones biomédicas, de la docencia, de las publicaciones científicas y de la prescripción de tratamientos. En el campo de las investigaciones biomédicas el escenario se ve frecuentemente afectado por los intereses económicos de la industria farmacéutica, hechos que cobran actualmente gran relevancia, motivando la creciente preocupación de obtener un relacionamiento ético entre los investigadores y las empresas. Estas situaciones conflictivas no son exclusivas de las áreas citadas, ya que en otras ramas de la actividad humana se evidencian similares realidades, como en áreas de la política, de empresas públicas o privadas, de otras profesiones liberales, etc. En el campo de la medicina los intereses de un profesional, con relación a su bienestar económico o satisfacción personal, compiten con el deber profesional de velar por el bien de los pacientes y protegerlos de daños. No desconocemos que los médicos tienen también otros intereses legítimos, como pueden ser el obtener mediante el ejercicio profesional un medio de vida digno o el aumento de los conocimientos. No cabe duda de que ellos deben supeditarse al interés primario que debe prevalecer ante todo, que es el de procurar el mejor bien o interés de sus pacientes. Cuando el médico pierde ese objetivo primordial y privilegia sus otros intereses, estos giran hacia el logro de ventajas para sí: acepta regalos, viajes, subvenciones a encuentros donde el objetivo científico del aumento del acervo de conocimientos no se cumple; pierde su honestidad o integridad intelectual para que las conclusiones de las investigaciones o publicaciones favorezcan a sí mismo o a terceros.

El estudio del conflicto de intereses en los países del primer mundo. Actualmente es evidente que existe un profundo y creciente interés en nuestros países latinoamericanos, desde distintos ámbitos, por los problemas surgidos en la relación de la industria farmacéutica y los profesionales de la medicina. No se discute que el número de prescripciones de un determinado fármaco aumenta luego de la asistencia a congresos y viajes auspiciados por los laboratorios. Y que los gastos de los mismos serán desgravables para la empresa. Entonces, si frente a un nuevo producto el profesional no puede tener un juicio verdaderamente crítico, con la necesaria objetividad, no está cumpliendo con los deberes que su lealtad hacia el paciente le exige. La importancia de reconocer estas situaciones ha ido en aumento desde la década de los noventa en Latinoamérica, motivando una serie de análisis. En la década anterior se había iniciado el tratamiento de este tema en los países del primer mundo, demostrado en numerosas publicaciones, regulaciones y aun denuncias de corrupción ligadas a estas situaciones de evidente desviación de poder. Bekelman et ál. (2003) analizaron la influencia de los conflictos de intereses en los resultados de la investigación biomédica. Evaluaron la literatura médica publicada entre los años 1980 y 2002, midiendo el alcance, impacto y gestión de las relaciones financieras entre la industria, la investigación y las instituciones académicas. La financiación de las investigaciones por la industria había pasado del 46% (1986) a 92% (1996). Un análisis publicado en 1992, de 789 artículos, encontró que en el 34% de ellos el autor principal tenía intereses financieros personales en sus resultados. Igualmente se ha establecido que las revistas médicas de alto impacto son determinantes en la elección del tratamiento médico. Smith, editor de la revista *British Medical Journal*, plantea que no existe una uniformidad de criterios en la declaración de intereses implicados, no hay un límite en dicha declaración, y aboga por una política de transparencia, que demande la declaración de conflictos de intereses financieros y de otra índole. Según Leutscher, "*un estudio no es peor que otro por ser patrocinado por la industria y sí por ocultar este patrocinio o por la sumisión del interés primario de la investigación (validez científica) a los intereses comerciales secundarios, incluso aunque éstos sean legítimos*" (Leutscher, 2003). Los médicos, por tanto, pueden aceptar los procedimientos de la industria que cumplan solamente con el objetivo de aumentar su acervo científico. Deberá existir transparencia en esa relación, de modo que los distintos actores de la sociedad conozcan cómo se maneja la relación; los profesionales deberán hacer públicas las dádivas de distinta naturaleza que han recibido. Esto permitirá al sujeto, que recibe una prescripción determinada, valorar si la misma no está condicionada por otras variables, sujeta a conflictos de intereses económicos o de otra índole, que colinden con su verdadero interés y beneficio. Se ha evidenciado que los presupuestos de salud pública se distorsionan por parte de funcionarios poco éticos, para su beneficio privado. El director

ejecutivo de *Transparency Internacional*, David Nussbaum, expresó: "*La corrupción socava la confianza del público en la comunidad médica. Las personas tienen derecho a esperar que los medicamentos de los cuales dependen sean auténticos. Tienen derecho a creer que los médicos ponen el interés de los pacientes por encima de sus propios beneficios. Y por encima de todo, tienen derecho a creer que la industria de los servicios de salud está pensada para curar, no matar*".

El conflicto de intereses en América Latina. En Latinoamérica, en los últimos años se ha incrementado el interés de mejorar la forma de manejar este tema; desde los gobiernos e instituciones sociales el tema se ha concretado en la aprobación de leyes significativas para crear, aumentar o reformar los sistemas del manejo de los conflictos de interés. En el sector público se han establecido normas que obligan a todos los trabajadores, los que tienen que evitar conflictos de intereses o incurrir en situaciones ambiguas que expongan al trabajador a posibles situaciones de conflicto. Las instituciones deben, además, tomar medidas para reducir al mínimo los conflictos de intereses. En distintos ambientes de nuestros países se han dispuesto normas o recomendaciones de control de conflictos de intereses, como las establecidas por la Facultad de Medicina del Uruguay (1997) sobre las exigencias a los docentes en la explicitación de sus relaciones (Rotondo, 2004); la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile aprobó en 1999 un documento que reglamenta con claridad la conducta esperada de los miembros del directorio en su relación con la industria farmacéutica. Otras asociaciones de profesionales se preocupan por el tema, como el Sindicato Médico del Uruguay. La Asociación Colombiana de Medicina Interna, que junto con la industria farmacéutica instaló un Comité de Industria Farmacéutica, aprobó en 2002 un documento que normaliza las relaciones entre ambas. La Asociación de Sociedades Médicas Científicas (Asocimed) de Chile aprobó en el año 2005 una reglamentación y el Colegio Médico de Chile incluyó expresamente esta situación en un artículo de su Código de Ética. En Ecuador, en el año 2004 se reunieron los delegados institucionales, públicos y no gubernamentales para implementar las recomendaciones sobre "conflicto de intereses". En el ámbito de las publicaciones científicas se exige a los autores e investigadores que revelen los posibles conflictos de intereses cuando presentan artículos para su publicación. El Uruguay Transparente (UT), capítulo nacional de *Transparency International*, trabaja en distintas áreas que abordan el tema de la transparencia y la lucha contra la corrupción. En diciembre de 2004 publicó el estudio "¿Educando en la legalidad?", consignado a investigar qué mecanismos de control contribuyen a que la Universidad de la República detecte casos de plagio, los sancione y los dé a conocer públicamente. "*El precio de la corrupción en los servicios de salud se paga con el sufrimiento humano*". La sección final del informe provee un panorama sobre investigación y los desarrollos académicos más recientes en el campo de la corrupción. En resumen, se advierte que las nefastas consecuencias de no evitar los conflictos de intereses son sufridas por los pacientes –a quienes los actores de estas circunstancias deben amparar y beneficiar– y por la sociedad en general, por lo que existe en el momento actual un fuerte movimiento tendiente a evitar y denunciar estas situaciones.

La sociedad civil y la bioética. La sociedad civil exige que exista transparencia en los casos donde, por la naturaleza de funciones de los participantes, se pueda plantear la existencia de un probable conflicto de intereses. En forma unánime se coincide en la necesidad de evitarlos y una medida adecuada es la exigencia de que tales situaciones sean declaradas previamente. La situación de los profesionales o funcionarios que se encuentran ante la circunstancia de un probable conflicto no es condenatoria de por sí, sino que la resolución correcta de la misma comienza con la declaración de la posibilidad de su ocurrencia y de las medidas tomadas frente a ella, ya sea retirándose o permitiendo una atenta observación de la misma por terceros. Muchas veces los actores no perciben claramente la posibilidad de encontrarse en estas situaciones, como lo puede realizar un observador externo; se plantean a menudo argumentos como que pueden dominar por sí mismos el conflicto y que no tienen intención de perjudicar a otros. La metodología de la bioética y sus formas de institucionalización en comités de ética sirve como mediadora entre los conflictos de interés que puedan darse en los distintos ámbitos. Su intervención en la formulación de normas éticas que regulan las investigaciones, como asimismo las exigencias éticas hacia los profesionales, orientan a evitar las consecuencias que originan los conflictos de intereses contrapuestos en las sociedades actuales. Se han realizado códigos profesionales, de los docentes, y últimamente desde la industria farmacéutica, que propician el establecimiento de normas a seguir en las relaciones entre los distintos actores, para evitar que se produzcan desviaciones que perjudican en especial a quien hay que proteger en sus derechos individuales, es decir, a los tributarios de los deberes profesionales. Actualmente los comités de ética de investigación, las agrupaciones profesionales, los editores de revistas científicas exigen la declaración pública de los actuales o futuros conflictos de intereses. Existe la obligación moral de evitar incurrir en un conflicto de intereses y de denunciar o revelar las circunstancias que

podrían dar lugar a un posible conflicto. Lolas sostiene que la primera forma de prevenir conflictos de intereses es la formación personal, el ejercicio razonado del diálogo consigo mismo y la construcción de la conciencia moral.

Referencias

D. F. Thompson. "Understanding financial conflicts of interest", *New Engl J Med*, 329:573-576, 1993. - M. T. Rotondo. "Relación médicos-industria farmacéutica. Aspectos éticos", en M. L. Pfeiffer (ed.), *Bioética. ¿Estrategia de dominación para América Latina?,* Buenos Aires, Bio&Sur, 2004. - F. Lolas. *La psiquiatría actual y los conflictos de interés,* Interpsiquis, 2006. - Nogales-Gaete et ál. "Conflicto de interés: una reflexión impostergable". Panel del Comité editorial. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat*, 42 (1): 9-21, 2004. - A. Heerlein. "Editorial", *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.*, 43 (2): 83-87, 2005. - J. E. Bekelman, Y. Li, C. P. Gross. "Scope and financial conflicts of interests in biomedical research", *JAMA*, 289:454-565, 2003. - R. Smith. "Making process with competing interest", *BMJ* 325:1375-6, 2002. - E. Leutscher. "Comentario", *Gestión Clínica y Sanitaria*, Vol. 5: 78, 2003. - www.transparency.org/news_rom/in_focus/gcr_2006

Medio ambiente

Los problemas del medio ambiente comenzaron a tener interés mundial en el siglo XX con la acción de organizaciones no gubernamentales en la década de los setenta y con la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente Humano celebrada en Estocolmo en 1972. El 27 de febrero de 1987, en Tokio, la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, constituida tres años antes por la Asamblea General de las Naciones Unidas, llegó al final de su tarea de elaboración de un programa global para el cambio de las estrategias mundiales sobre medio ambiente y desarrollo. El documento *Nuestro futuro común*, conocido también como Informe Brundtland y publicado en abril de 1987, identificó un conjunto de problemas centrales en este campo: 1. Población y recursos: el crecimiento de la población en diversas partes del mundo sobrepasaba los recursos disponibles para alimentación, vivienda, salud y energía (v. *Población*). 2. Seguridad alimentaria: aunque la producción de cereales había sobrepasado el crecimiento de la población mundial, miles de personas morían diariamente en el mundo por hambre y desnutrición (v. *Crisis de seguridad alimentaria*). 3. Diversidad biológica de las especies y ecosistemas: numerosas especies del planeta habían desaparecido y otras desaparecían a un ritmo creciente transformando los ecosistemas con consecuencias imprevisibles (v. *Agricultura y agrotecnologías*). 4. Energía: el uso de energía en los niveles de aquellos años había provocado problemas de recalentamiento y acidificación del medio ambiente, y si se igualara el consumo de energía de los países en desarrollo al de los países desarrollados, el uso mundial de energía se multiplicaría por cinco y el planeta no soportaría ese aumento (v. *Ambiente, sustentabilidad y riesgos*). 5. Industria: la contaminación por productos y desechos industriales peligrosos había aumentado en relación directa con la industrialización, pero la elevación en el nivel de consumo de los países en desarrollo para adecuarlo al de los países industrializados y siguiendo las tasas de crecimiento demográfico requería quintuplicar la producción y el consiguiente vertido de residuos peligrosos (v. *Trabajo y medio ambiente*). 6. El desafío urbano: la tendencia mundial hacia el crecimiento de la población urbana exigía una adecuación en el crecimiento de infraestructura y servicios, que aunque resultara crítica para todos los países, era especialmente grave para aquellos en desarrollo. Este conjunto de problemas se discutieron en 1992 en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro bajo la síntesis de 'Cumbre de la Tierra'.

Las relaciones entre el hombre y la naturaleza. Los problemas ambientales eran considerados en el Informe Brundtland como inseparables del desarrollo o proceso económico, social y político por el cual los hombres intentan mejorar su calidad de vida. Sin embargo, esa posición con respecto a las relaciones entre el hombre y la naturaleza no era la única vigente entonces, tampoco lo había sido a lo largo de la historia, y no lo es en la actualidad (v. *Ética ambiental*). Tres opciones pueden señalarse como predominantes dentro del pensamiento occidental para comprender esta relación: 1. El hombre como administrador de la naturaleza: el mandato bíblico por el cual el hombre debe cuidar del Edén, la tradición cristiana medieval y las actuales posturas conservacionistas forman parte de esta opción que podemos llamar 'naturalista' (v. *Modelos de producción rural*). El pensamiento oriental tradicional, considerando la conformidad con la naturaleza en el budismo, o la creencia en la naturaleza como absoluto en el taoísmo, así como el amor a la naturaleza de japoneses e hindúes, son parte de esta opción en la que la naturaleza tiene un lugar principal. 2. El hombre como dueño de la naturaleza: la tradición griega del dominio de la razón y sobre todo el pensamiento moderno con base en el dualismo cartesiano, el mecanicismo de Newton, el 'individualismo posesivo' de Locke y el desarrollo industrial y económico del capitalismo, sustentan la opción que cree en la posibilidad del dominio del hombre sobre la naturaleza. Podemos denominar como 'idealista' a esta opción sobre el desarrollo y los problemas ambientales (v. *Naturaleza y artificio*). 3. El hombre como parte de la naturaleza: la concepción kantiana del lugar crítico del hombre frente al reino de la naturaleza, el evolucionismo de Darwin, el desarrollo de la ecología y documentos de organizaciones internacionales como el de las Naciones Unidas, configuran una opción que pretende superar los reduccionismos de las otras dos posiciones. El acento no se pone aquí en la naturaleza o en el hombre sino en el proceso mismo de esa relación. La elaboración de un programa de acción que contemple la resolución esencial de los problemas ambientales como expresión de esta propuesta alcanza su verdadero lugar, sin embargo, por comparación con las otras dos posiciones. El Informe Brundtland, por ejemplo, requería una realización por parte de las Naciones Unidas del programa propuesto. Pero la

realidad mundial indicó que el poder de esa organización para hacer efectivos diversos programas, y, entre ellos, este, era escaso y a veces nulo, y esta opción quedó reducida en la realidad a alguna de las otras dos opciones. Esta tercera posición puede ser llamada 'esencial', porque no siempre es meramente ideal sino que a veces resulta objetiva. Un ejemplo de esto último es el acuerdo internacional sobre el ozono logrado en el Protocolo de Montreal relativo a las sustancias que reducen la capa de ozono (1987 y enmiendas sucesivas). Sin embargo, la negativa de los Estados Unidos a la firma del Protocolo de Kioto (1997) de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (suscrita en 1992 dentro de la Cumbre de la Tierra), marca los límites de esta propuesta. El acuerdo entró en vigor el 16 de febrero de 2005 después de la ratificación del mismo por Rusia, pero el principal país productor de contaminantes, en la perspectiva de 'el hombre como dueño de la naturaleza', persistía en una política contraria a todo universalismo responsable. El 3 de febrero de 2007, la cumbre mundial de científicos del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre Cambio Climático, reunida en París, hacía público el informe más serio y preocupante producido hasta entonces sobre el calentamiento global en la Tierra. Allí quedaba claro que en caso de no haber cambios en el comportamiento del hombre con la naturaleza, la catástrofe era no sólo inminente sino irreversible. La bioética quedó convocada así a participar en el debate sobre esos cambios de comportamiento.

[J. C. T.]

Naturaleza y artificio

Alejandro Rosas López (Colombia) -
Universidad Nacional de Colombia

Concepto. La contraposición entre lo natural y lo artificial podría resolverse fácilmente apelando a filósofos como Hume y John Stuart Mill, quienes distinguieron dos sentidos del término 'natural': uno en cuanto opuesto a sobrenatural o milagroso, y otro que contrapone lo natural a lo artificial. En el primer sentido, natural es todo aquello que ocurre sin intervención directa de un creador trascendente o sobrenatural, mientras que en el segundo sentido, natural es todo aquello que ocurre según el curso espontáneo de las cosas, dejadas a sí mismas, sin la interferencia voluntaria e intencional del ser humano. Artificial, entonces, es lo que existe precisamente por la intervención voluntaria e intencional del ser humano. Sin embargo, la contraposición natural/artificial tiene también connotaciones valorativas, catapultadas a la atención general en el contexto de la crisis ecológica y de las preocupaciones de los ambientalistas por la destrucción acelerada del medio ambiente. John Stuart Mill sostuvo en un ensayo seminal titulado *On Nature*, cuya primera edición data de 1867, que estas connotaciones valorativas han existido siempre. 'Natural' ha sido usado para "*transmitir la idea de recomendación, aprobación o incluso de obligación moral*": "*El que un modo de pensar, sentir o actuar sea 'conforme a la naturaleza', es visto usualmente como un argumento fuerte en favor de su bondad*" (Mill, 1904). Mill señala que en la antigüedad, por ejemplo, los estoicos y los epicúreos rivalizaban entre sí al reclamar ambos, para sus máximas de conducta, el apelativo de "dictados naturales".

Sentido valorativo. Sería interesante entender cómo se relaciona el sentido valorativo de natural con los dos sentidos arriba descritos. No es tarea sencilla, pues si tomamos 'natural' en el primer sentido y asumimos una cultura secular en donde lo sobrenatural o no existe o no tiene incidencia causal sobre lo natural, toda acción humana es por necesidad conforme a la naturaleza. Si todo lo que sucede, incluidas las acciones humanas, ocurre conforme a las leyes naturales, entonces es imposible no obrar conforme a la naturaleza. 'Natural' no puede así servir para caracterizar, de entre las acciones posibles, aquel subconjunto que podemos aprobar o recomendar. Por otro lado, si tomamos 'natural' en el segundo sentido, entonces es imposible obrar de acuerdo con lo natural, pues toda acción humana es artificial por definición, es decir, no puede existir sin la intervención voluntaria e intencional del ser humano. Tampoco en este caso podemos usar 'natural' para recomendar o aprobar un subconjunto de acciones distinguiéndolas de otro subconjunto que no sería 'natural' en este sentido. Pareciera, entonces, no haber ninguna relación entre las anteriores significaciones de 'natural' y la connotación valorativa equivalente a 'recomendable' o 'digno de aprobación'. Sin embargo, como lo señala el mismo Mill, el origen de esta transformación semántica está en la actitud de la conciencia religiosa ante aquellas acciones cuyo propósito específico es mejorar la condición humana modificando la naturaleza. Estas acciones pueden ser interpretadas, a la luz de esa conciencia, como un desafío al orden natural, querido por Dios, y por tanto como un desafío a Dios mismo: "*The consciousness that whatever man does to improve his condition is in so much a censure and a thwarting of the spontaneous order of Nature, has in all ages caused … a shade of religious suspicion; as being in any case uncomplimentary, and very probably offensive to the powerful beings … supposed to govern*

the various phenomena of the universe, and of whose will the course of nature was conceived to be the expression … though life could not have been maintained, much less made pleasant, without perpetual interferences of the kind, each new one was doubtless made with fear and trembling, until experience had shown that it could be ventured on without drawing down the vengeance of the Gods" (Mill, 1904).

Naturaleza e intervención humana. Es obvio que la vida humana no sería posible sin algún grado de intervención permisible en el curso natural de las cosas. ¿Por qué razón habríamos de considerar ofensivos los diques construidos por humanos, por ejemplo, si no pensamos así de los diques naturales construidos por las nutrias? De ahí que sea necesario matizar la sospecha de la conciencia religiosa y limitar su alcance. So pena de caer en un absurdo imposible, la conciencia religiosa no se puede oponer a toda intervención humana en la naturaleza, sino solo a la que infringe los límites permitidos. La pregunta obvia es: ¿Cómo se determinan los límites que indican lo que es y lo que no es permisible en la modificación del curso natural de las cosas? La idea razonable de limitar lo permisible en la modificación de la naturaleza, puede ser aprovechada por las castas religiosas para establecer los límites a su antojo, con criterios públicamente inaceptables: "*The Catholic religion had the resource of an infallible Church, authorised to declare what exertions of human spontaneity were permitted or forbidden*" (Mill, 1904). Una solución más aceptable es postular que los límites son puestos por la naturaleza misma, como expresión de Dios si se quiere, pero en todo caso funcionando como criterio independiente de la autoridad y declaraciones de un clero particular. "*But there still exists a vague notion that… nature is a model for us to imitate; that with more or less liberty in details, we should on the whole be guided by the spirit and general conception of nature's own ways; that they are God's work, and as such perfect; that man cannot rival their unapproachable excellence, and can best show his skill and piety by attempting, in however imperfect a way, to reproduce their likeness*" (Mill, 1904).

Frente a una decisión clerical sobre los artificios permisibles, esta solución tiene la ventaja de poner un criterio objetivo, no sujeto a manipulación por la idiosincrasia de un grupo particular. Pero esta solución tampoco satisface. El mismo texto explicita que cuando el criterio para modificar la naturaleza es la imitación, se piensa en una imitación que deja espacio a la libertad. Si la libertad al imitar es lícita, la pregunta sobre los criterios para introducir modificaciones permisibles en la naturaleza equivale a la pregunta sobre qué grado de libertad es permisible al imitarla o recrearla.

La tesis ambientalista. Las dificultades para señalar los límites de lo permisible en la introducción de artificios y artefactos pueden tentar a la adopción de una solución radical: la de declarar sacrosanto lo natural y rechazar de plano todo intento por modificar la naturaleza para mejorar la condición humana. Esto sería acorde con tendencias manifiestas de la ética ambientalista. A diferencia de la tradición antropocéntrica, en la cual la conservación de la naturaleza solo tiene sentido en la medida en que es necesaria para la preservación de la vida humana, la ética ambientalista atribuye un valor intrínseco a la naturaleza, tanto a nivel individual como a los ecosistemas (Callicott, 1999). En su versión más radical, la tesis ambientalista defiende el carácter intocable de lo natural. En esta radicalidad la tesis es insostenible, pues la misma supervivencia humana requiere su intervención en la naturaleza. En mayor o menor grado, toda especie biológica interviene en su entorno para adecuarlo a sus necesidades. Como ya se mencionó, las nutrias construyen diques. Los ejemplos de este tipo podrían multiplicarse. La modificación del entorno por los seres vivos es algo profundamente natural. Una versión menos radical se apoyaría en la distinción entre modificar y destruir la naturaleza, prohibiendo inicialmente las acciones cuya consecuencia, intencional o no, sea la destrucción de las especies naturales. Obviamente, también esta prohibición debe aceptar límites, pues la especie humana libra todos los días una lucha contra virus y bacterias que amenazan su existencia. La selección natural que de manera constante opera sobre los seres vivos implica ineludiblemente procesos naturales que conducen a la extinción de unas especies, a veces por acción de sus predadores o competidores en un mismo nicho. Pero como consecuencia de la explotación industrial, nos enfrentamos a la destrucción acelerada de numerosas especies, con lo cual se amenaza a ecosistemas enteros. En estos casos, es más fácil alcanzar un consenso en la prohibición, independientemente de si se otorga un valor intrínseco o instrumental a la naturaleza.

Sin embargo, aquellos casos de modificación que no impliquen destrucción tendrían que examinarse con otros criterios. Quizás sean estos los casos más comunes y por tanto los más urgentes para la bioética. La medicina introduce constantemente modificaciones en la naturaleza para combatir enfermedades y mejorar la calidad de vida. Los límites de su intervención suelen ser puestos por los límites de lo técnicamente posible, en lugar de ser señalados por criterios éticamente claros. La ausencia de criterios consensuados es especialmente problemática cuando los límites de lo técnicamente posible retroceden día a día, como lo demuestra

la experimentación con células madre, las técnicas para manipular el ADN y la nanomedicina. En la práctica, la vida humana sigue poniéndose como valor último, incluso cuando la medicina se enfrenta a la necesidad de poner otras vidas humanas en la balanza, como en el caso de la investigación con células madre. El problema ético implicado es si es viable sacrificar embriones humanos con el fin de curar enfermedades que amenazan a un número considerable de otros seres humanos.

Referencias

J. B. Callicott. *Beyond the Land Ethic: More Essays in Environmental Philosophy*, Albany, Suny Press, 1999. - J. S. Mill [1874]. *On Nature*, Londres, The Rationalist Press, 1904. - A. Næss. *Ecology, Community, Lifestyle,* D. Rothenberg (ed.), Cambridge, Cambridge University Press, 1989. - R. Nash (ed.). *American Environmentalism: Readings in Conservation History,* New York, McGraw-Hill, 1990. - V. Plumwood. *Environmental Culture,* New York, Routledge, 2002. - M. Sagoff. *The Economy of the Earth*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

Población

Marlene Braz (Brasil) - *Fundación Oswaldo Cruz*

La explosión demográfica. El siglo XXI comienza con tres poderosos e inéditos cambios en la historia humana: envejecimiento de la población, la población urbana supera a la rural en 2007 y disminución acentuada de la tasa de fertilidad. El siglo XX asistió también a hechos inéditos y, entre ellos, se destaca la cuadruplicación de la población mundial que pasó de 1,5 mil millones, en el inicio del siglo, a 6,5 mil millones actuales, la importante caída del índice de crecimiento poblacional, del 2,1% al actual 1,2%, y la diferencia de población entre los países desarrollados y los países en desarrollo que ya sobrepasó el doble y será seis veces mayor en 2050. Las estimaciones de aumento poblacional para el año 2050 varían en torno del 50% aproximadamente, lo que significa un incremento de 3 mil millones de personas en el mundo. La División de Población de las Naciones Unidas estimó que la población mundial crecerá 41% y alcanzará 8,9 mil millones de personas. Otros autores abogan cifras más altas: de 9,1 mil millones hasta 10 mil millones. A pesar de la caída de la fecundidad verificada en el mundo, hay poco para conmemorar. En números absolutos la población viene creciendo a un ritmo que puede inviabilizar la vida sobre la Tierra. Aunque se alcanzara una disminución mayor de la fecundidad, del 1,2% actual al 1%, tendríamos en 2250 una población estimada en casi 74 mil millones de habitantes.

Población y medio ambiente. La preocupación por el tamaño de la población se debe a su impacto en el medio ambiente porque cada persona ocupa espacios, tanto para sobrevivir cuanto para consumir, que se suman del siguiente modo: espacio ocupado por su existencia, habitación y transporte; para la producción de alimentos, de energía y de bienes y servicios; para disponer de los desechos de la producción, del consumo y de bienes útiles; espacio destruido por la polución. Las poluciones (aire, agua, suelo), la degradación del medio ambiente (deforestación, crecimiento urbano desordenado, desgaste del suelo, desertización creciente), el efecto invernadero y la disminución de la capa de ozono (calentamiento global, derretimiento de los glaciares), la extinción de especies animales y vegetales (disminución de la biodiversidad), son puntos importantes a resolverse con relación a la preservación del medio ambiente. Se puede observar no solo el incremento poblacional, sino también el acelerado aumento del consumo: una verdadera voracidad por consumir cada vez más cosas útiles e inútiles en un planeta que no tiene cómo crecer porque su existencia es limitada y finita. Este concepto de los espacios ocupados ha sido considerado con negligencia, pero algunos autores volvieron a enfatizarlo con más frecuencia, alertando sobre la ocupación desenfrenada de espacios antes considerados santuarios naturales. El ecoturismo es una actividad en expansión en la cual, paralelamente al respeto a la naturaleza, está el capitalismo que logra la implantación de hotelería (*resorts*), la construcción lenta pero progresiva de casas de campo, de playas y campos de golf, entre otras actividades. Estos problemas necesitan más respuestas éticas que técnicas porque requieren un cambio en la visión del mundo y en la conducta del ser humano con relación a la vida personal, social, y a la naturaleza y la producción de bienes de consumo. El deseo de cada uno, la supervivencia de las generaciones futuras, el medio ambiente y el consumo están relacionados de tal modo que no hay cómo separarlos.

Consumo y responsabilidad con las generaciones futuras. La disponibilidad y el acceso a los bienes de consumo conllevan, obviamente, una fuerte apelación aliada a inmensos beneficios económicos. En un primer momento, se argumenta que sería moralmente equivocado que las ventajas obtenidas por las generaciones pasadas y actuales no sean también ofrecidas a las generaciones futuras. Mientras, el fuerte aumento del consumo en las últimas décadas y el proyectado en función del incremento de la riqueza de países con inmensas poblaciones como China e India, apuntan a que la humanidad se verá, brevemente, ante un gran conflicto. Esto porque los niveles de consumo que millones de personas de la elite gozan en la actualidad deberán ser extendidos a casi la

mitad de los proyectados 9 mil millones de personas en 2050. Ese incremento poblacional y de consumo traerá un impacto todavía mayor en la cantidad y calidad del agua, en la calidad del aire, en las florestas. Otra cuestión ética importante, cuando se debate el medio ambiente y la población, es si tenemos obligación con la supervivencia de las generaciones futuras, como preconizó Jonas. Algunas preguntas están a la vista. ¿Será que los humanos tienen la obligación moral de preservar la especie? ¿Cabe a la generación actual y a la próxima renunciar a las ventajas que la tecnología y su consumo (contaminantes por esencia ya que siempre producen basura, pero que mejoraron la calidad de vida) ofrecen, para posibilitar la supervivencia de las generaciones siguientes? ¿La libertad de procrear debe sufrir restricciones? Algunos autores contestan que no tenemos responsabilidad u obligaciones morales con aquellos que aún no han nacido. Otros afirman que no hay por qué privilegiar la especie humana. Que varias especies se extinguieron y que, quizá, este sea el hado futuro de la especie humana. Mientras, están quienes afirman que existe tal responsabilidad, fundamentando sus posiciones con argumentos débiles como la apelación a la intuición del sentido común, o también por la irracionalidad en pensar en la no preservación de la especie. Esta última posición no especifica cuánto hay que sacrificar y qué tipo de interés y consumo debe ser garantizado hoy para que no falte mañana.

Ética y medio ambiente. Todas las posiciones éticas tradicionales remiten a la ética kantiana o la utilitarista. El medio ambiente necesita una nueva ética y esta es preconizada por la denominada ética ambiental. La ética ambiental postula la no pertinencia de las corrientes éticas tradicionales, porque ellas no dan cuenta de los problemas crecientes y urgentes vinculados con la preservación del medio ambiente y de las especies, incluso la humana. Existen dos grandes corrientes relacionadas, a saber: una antropocéntrica en la que el ser humano es visto como la especie más importante y solo se confiere valor a los entes o cosas en tanto sirvan a los propósitos e intereses humanos y que, en la realidad, se alinea con las corrientes éticas tradicionales. Y una segunda, denominada de ecología profunda, término creado por Arne Naess, en el inicio de la década de los setenta, que rompe con las éticas tradicionales. La propuesta de esta segunda corriente es una ética ecocentrada y holística en la cual solamente el todo, esto es, los sistemas y no los individuos, son dignos de valoración moral porque ellos se integran al todo. Los seres humanos no son más importantes que cualquier otra especie o sistema; ellos son meros elementos que se unen a la comunidad ecológica. Los humanos deben reencontrar su lugar en la naturaleza y no subyugarla, lo que significa un cambio radical y un desafío a las sociedades industrializadas.

Problemas del medio ambiente, el consumo y el aumento poblacional. Los ambientalistas fueron los primeros en apuntar los problemas consecuentes del uso indiscriminado y predatorio de la naturaleza. Con el aumento poblacional y de la industrialización surgió una sociedad devota del consumo y eso ocurrió con una velocidad sin igual en la historia de la humanidad. En cien años, tanto la población como los medios de producción crecieron de forma vertiginosa y ahora ya se avecina un problema preocupante relacionado con el agua potable y el clima. ¿Tendremos agua potable suficiente para otros 3 mil millones de personas cuando ella ya es escasa en buena parte del planeta? Lo mismo ocurre con los alimentos, ya que actualmente se produce la cantidad necesaria de granos, verduras y frutas para alimentar a 10 mil millones de personas. Sin embargo, ¿qué hacer con los animales domésticos? El ser humano, aun sin la tecnología, es contaminante porque consume oxígeno y emite gas carbónico, se alimenta y produce gas metano cuando elimina la comida. Lo mismo ocurre con los animales domésticos, principalmente con los rebaños bovinos, los cuales aumentan cada vez más, ocupan vastas áreas que antes eran florestas y ya se adentran en la Amazonia. Otro problema es qué hacer con los residuos tecnológicos cada vez más abundantes y desechables. ¿Dónde arrojar tanta basura? Con el aumento poblacional y de la riqueza de algunas naciones, más personas entrarán en la sociedad de consumo, y el problema, que hoy ya es serio, se volverá todavía más grave. Tecnología implica contaminación del aire, del agua o de la basura que la naturaleza no alcanza a reciclar. Es por todas estas cuestiones que el medio ambiente, el consumo y el aumento poblacional entraron en las agendas gubernamentales de prácticamente todos los países, incluso los de América Latina, que a pesar de poco contaminantes caminan a pasos anchos en su proceso de industrialización y en la ruta del consumo.

Población y futuro. Cabe señalar la interrelación entre población, industrialización y consumo, porque si se enfatiza solo en el lado de la población, nos veremos frente a otro problema. Si no hay jóvenes suficientes, ¿cómo logrará mantenerse la sociedad? ¿Quién mantendrá a los mayores de edad que aumentan cada año? Sabemos que para no aumentar la población actual existen solo dos medios: o no se procrea más o se aumenta la mortalidad, dos opciones, por lo menos, moralmente problemáticas. Sin embargo, el aumento por sí solo de la población, incluso aunque se restrinja el consumo, también resulta problemático.

Para tener una idea del impacto de la población y de su aumento sobre el medio ambiente, algunos ejemplos pueden ser ilustrativos. El aumento del número de coches y electrodomésticos, a pesar de ser más económicos desde el punto de vista de la energía, gasta y tiende a acabar con la energía disponible, y si añadimos más personas, aun cuando se logre reducir los bienes o su uso, ese efecto será neutralizado por el aumento poblacional. Otro ejemplo dado por el Worldwatch Institute es el siguiente: si un estadounidense come 20% menos carne en 2050, aun así el consumo total en Estados Unidos aumentará más o menos 5 millones de toneladas en función solamente del incremento poblacional. Si pensamos que el 99% del crecimiento poblacional ocurrirá en las naciones en desarrollo, será necesario pensar tanto en la estabilización poblacional cuanto en su consumo, como es el caso de los países latinoamericanos. Sin embargo, es necesario alertar que el crecimiento poblacional no es un problema solo para los países pobres o emergentes. Los países ricos y desarrollados sufrirán un aumento poblacional, seguido de altos niveles de consumo, lo que causará un mayor impacto ambiental. En este sentido, las relaciones existentes entre la población y el medio ambiente son claras e inequívocas. Medidas que ya vienen siendo tomadas con relación a la planificación familiar y la adopción de tecnologías más limpias y el trato de los residuos del consumo, sin embargo, se muestran insuficientes para dar cuenta de los problemas que vendrán si no se toman otras medidas, como la concienciación creciente de la población y de los gobiernos respecto a la preservación del planeta, estimulando un consumo más racional y de menor cantidad. Los esfuerzos de hoy tendrán reflejos mañana y el mañana ya puede ser hoy si pensamos en los cambios climáticos que están ocurriendo en el momento presente. Es bueno pensar también que 2050 está próximo, y para muchos de nosotros serán nuestros hijos y nietos quienes sufrirán los problemas más que anunciados y, por tanto, la obligación no es con las personas que todavía no existen. Existen y ya están ahí y es nuestro deber moral dejar al legado inestimable que es la vida. Y no solo la vida, sino una buena calidad de vida.

Referencias

J. E. Cohen. *How many people can the Earth support?,* New York, W. W. Norton, 1995. - G. Hottois & M. H. Parizeau. *Dicionário da Bioética,* Lisboa, Piaget, 1998. - P. R. Ehrlich & A. H. Ehrlich. *The Population Explosion*, New York, Simon and Schuster, 1990. - W. T. Reich (ed.). *Encyclopedia of Bioethics,* Washington, Georgetown University-McGrawHill, 1995. - Worldwatch Institute. *Estado do Mundo 2004* (Relatório sobre "A Sociedade de Consumo"), Publicações UMA/Worldwatch, 2004. - H. Jonas. *Le Principe Responsabilité*, París, Cerf, 1990. - B. Latour. *Políticas da Natureza: como fazer ciência na democracia*, Bauru/SP, Edusc, 2004. - I. Sachs. *Caminhos para o desenvolvimento sustentable*, Río de Janeiro, Garamond, 2002.

Trabajo y medio ambiente

Fernando Cano y Garbiñe Saruwatari
(México) - *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

La salud y el trabajo como Derechos Humanos. La *higiene* es la rama específica de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades, pero en el ámbito laboral también se incluye la prevención de accidentes, por lo que el tema de *higiene en el trabajo* comprende dos Derechos Humanos o fundamentales: derecho a la salud y derecho al trabajo. El trabajo es uno de los elementos más importantes entre los factores sociales que contribuyen al bienestar del hombre, es decir, a su estado de salud. Pero también puede alterar la salud, ya provocando ciertos tipos de padecer, ya produciendo accidentes o enfermedades propiamente dichas. Se entiende a la salud como bienestar físico, psíquico y social, no solamente de la persona que trabaja –concretamente, de la persona en su trabajo–, sino también de determinado grupo de trabajadores que labora en una fábrica o unidad productiva, y de la comunidad trabajadora en general. En el caso de la salud y el trabajo, se hace necesaria una distinción que marca un sutil cambio de preposición: entre derecho "a" y derecho "de". El derecho del trabajo comprende los principios, instituciones y normas que regulan las relaciones entre los patrones y trabajadores para lograr la justicia social; es una rama del derecho social, el cual se configuró como el conjunto de reglas y procedimientos protectores de las personas, grupos y sectores de la sociedad más desfavorecidos económicamente. Mientras que el derecho al trabajo se refiere a la libertad de elección, a no realizar trabajos forzosos o no remunerados. Ahora bien, si nos remitimos específicamente a la teoría de los Derechos Humanos, la categoría que corresponde a la salud y al trabajo es la de los Derechos Humanos económicos-sociales-culturales o de Segunda Generación, llamados así por su clasificación histórica. El Estado liberal decimonónico, a causa de la Revolución Industrial, mutó su actitud inerte de simple respeto a la esfera del gobernado, hacia una acción positiva, donde actuó como promotor y garante del bienestar. La transición hacia el Estado Social de Derecho o de Bienestar (*Welfare-State*) implica la implementación de acciones y programas gubernamentales, a fin de lograr que las personas dependientes de su jurisdicción desarrollen sus facultades y gocen de sus libertades de manera efectiva, ya sea como individuos o como

miembros de entidades colectivas o asociaciones. Así que, más puntualmente, la salud y el trabajo son bienes que el Estado jurídicamente puede comprometerse a tutelar, y los gobernados cuentan con el derecho "a" la protección de la salud y derecho "al" trabajo o a dedicarse libremente a cualquier actividad, profesión o industria que les acomode y que sean lícitas. Claro que la condición sine qua non para que existan la salud y el trabajo es el respeto a la vida, a la integridad física y a la libertad, prerrogativas comprendidas en la obligación de no interferencia que la Primera Generación de Derechos Humanos exige al Estado. Resultaría estéril proclamar derechos sin una dinámica correlativa, es decir, concebir facultades sin deberes recíprocos. Esta dinámica correlativa nos lleva a esperar que al hablar de Derecho a la Salud y Derecho al Trabajo, en un Estado de Bienestar, se identifique a un titular de una facultad y a un obligado frente a ella. En el caso de estos derechos, al Estado se le exige una conducta que jurídicamente se denomina de *hacer* y *dar*, para proveer y promover las condiciones y medidas necesarias para alcanzar el bienestar, y el sujeto acreedor de dichas acciones es el gobernado, quien se beneficia por los planes y estrategias implementados desde el gobierno. Los instrumentos internacionales de Derechos Humanos consagran el derecho al trabajo como fundamental, reconociendo las condiciones de trabajo justas y satisfactorias como un elemento constitutivo de esta garantía individual o prerrogativa. Por la Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 23 y 24), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 7) (Pidesc), la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 32) (CDN), y otros, los Estados están obligados, por fuerza vinculante o por fuerza moral (en el caso de los documentos declarativos) a la adopción de medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, no solo para el respeto de la libertad para trabajar, sino también para el alcance de efectiva equidad en las relaciones laborales. Pero tratándose de un derecho humano tan complejo, que tutela todo lo relativo al trabajo, no podrían desvincularse la responsabilidad y las obligaciones que tienen los particulares entre sí y para con el Estado. En el caso de los derechos al y del trabajo, los patrones y hasta los trabajadores (sujetos específicos de protección o tutela de estos derechos) deben cumplir las normativas generales y disposiciones específicas de sus contratos, sobre todo en lo referente a la higiene y seguridad del trabajo, por las repercusiones en el lugar de trabajo o las implicaciones a terceros. Cuando el Pidesc (art. 12) hace referencia a las medidas necesarias para lograr el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (estrechamente ligado al derecho al bienestar), señala, entre otras, el "*mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente*".

Salud y condiciones y medio ambiente de trabajo. Podríamos limitarnos a la definición stricto sensu de "*conjunto de elementos naturales o inducidos por el hombre que interactúan en el centro de trabajo*" (Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo, RFSH. México, 1997), pero consideramos que este concepto, en un mundo global y completamente interrelacionado, muchas veces traspasa el ambiente intramuros para extenderse, en sentido amplio, al contexto ecológico o la biosfera. Pensamos, en primer plano, en las condiciones y medidas de seguridad e higiene, como procedimientos, técnicas y elementos, que deben aplicarse en un centro de trabajo, para el reconocimiento, evaluación y control de los agentes nocivos que intervienen en los procesos y las actividades de trabajo, con el objeto de prevenir accidentes o enfermedades de trabajo (también denominadas "profesionales"), a fin de conservar la vida, salud e integridad física de los trabajadores, y evitar cualquier posible deterioro al propio centro de trabajo (RFSH). La medicina del trabajo busca la implantación de fórmulas médicas que prevean y resuelvan el peligro y los daños que el trabajador pueda sufrir en su salud, es decir, establece como premisa que esta especialidad debe ser primordialmente preventiva. Algunas legislaciones conservan la distinción entre accidente de trabajo y enfermedad de trabajo, según la manera en que se presentan. El accidente se produce en forma súbita y la enfermedad sobreviene como resultado de una evolución lenta, progresiva o continuada. Para el diagnóstico de las enfermedades de trabajo es fundamental conocer las condiciones del medio ambiente laboral que permitan correlacionar las entidades patológicas resultantes con el trabajo desempeñado. En el mundo moderno, el primero que llamó la atención de una manera sistemática y definitiva sobre la importancia que el desempeño de un trabajo tiene en la producción de enfermedades específicas fue Bernardo Ramazzini (1633-1714), en su libro *De Morbis Artificium diatriba*. El Convenio C148 y la Recomendación R156 sobre el Medio Ambiente de Trabajo, ambos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), señalan que el medio ambiente del lugar de trabajo puede verse afectado por: a) contaminación del aire: producida por sustancias en cualquier estado físico o microorganismos patógeno; b) ruido: cualquier sonido que pueda provocar una pérdida de audición o tener otras repercusiones; c) vibraciones: se refieren a las transmitidas al ser humano por estructuras sólidas. Para que estos tres elementos se consideren nocivos, deben atentar contra la salud o entrañar cualquier otro

tipo de peligro. Las medidas o consignas a ser adoptadas para evitar la contaminación y aumentar la seguridad son: a) técnicas: aplicadas al diseño de las instalaciones (maquinarias, distribución de espacios, almacenamiento de materiales y sustancias). b) complementarias: relativas a la organización del trabajo (inspección, vigilancia, atención médica, revisión de condiciones de trabajo como horarios y turnos; elaboración de estadísticas sobre accidentes). Pero también las actividades del trabajo, por las sustancias o aparatos utilizados, pueden afectar, más allá del centro donde se labora, al medio ambiente natural, al entorno ecológico y social, que por lo general es cercano, aunque no necesariamente, al centro del trabajo, fábrica, taller, laboratorio o instalación.

Centro o lugar de trabajo. Los aspectos en los que específicamente deben aplicarse las medidas de higiene y seguridad en el centro de trabajo, establecidos en el Convenio C120 y la Recomendación R120, igualmente de la OIT, sobre la Higiene en el Comercio y en las Oficinas (ambas de 1964) y en el RFSH, son: i) conservación, orden y limpieza de los locales; ii) ventilación natural o artificial; iii) iluminación artificial o natural; iv) temperatura y humedad; v) presión barométrica; vi) disposición de agua potable; vii) lavabos, duchas e instalaciones sanitarias; viii) espacio por trabajador y postura; ix) medios de acceso y salida; x) asientos; xi) vestidores; xii) atención idónea para los locales subterráneos y encerrados; xiii) utilización, mantenimiento y ergonomía de maquinaria, equipo y herramientas; xiv) uso de electricidad; xv) niveles de ruido y vibraciones; xvi) exposición a materiales o procedimientos incómodos, insalubres o tóxicos; manejo, almacenamiento y transporte de sustancias peligrosas; xvii) equipo y ropa de protección; xviii) protección contra radiaciones ionizantes y electromagnéticas no ionizantes; xix) prevención y combate de incendios y explosiones; xx) vigilancia y atención de la salud; instalación de enfermería o puesto de primeros auxilios, botiquines; xxi) comedores; xxii) salas de descanso; xxiii) planeamiento y construcción; xxiv) métodos y ritmo de trabajo; xxv) profilaxis para la propagación de enfermedades; xxvi) enseñanza de las medidas de higiene, cooperación y control; xxvii) planes de acción para casos de emergencia; xxviii) señalización, colores y avisos. (*Véanse también de la OIT:* Convenio C155 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 1981; Recomendación R164 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo, 1981; Protocolo P155 relativo al Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 2002).

Medio ambiente o biosfera. La preocupación por la ecología es muy válida para la reflexión bioética, puesto que no podemos soslayar que, precisamente, esta se concibió para el contexto ambiental. Potter planteó una disciplina que fungiera de puente entre el actuar de la ciencia y la medicina y la conservación del mundo y supervivencia de las especies, para alcanzar una mayor calidad de vida futura. Pese a las discusiones que pueden abrirse en torno al ecologismo, sobre todo, partiendo desde las posturas extremas que equiparan los derechos animales y vegetales a los humanos (como la *deep ecology*), es un hecho incontrovertible que el ser humano es quien debe asumir la responsabilidad, tanto para la actualidad como para el futuro, de proteger el medio ambiente y lograr que su actividad (científica, tecnológica, industrial, alimentaria, comercial, cultural, creativa) no sea tan agresiva con las especies, ni aumente la polución. El ecologismo no radical es más una forma de holismo que de reduccionismo; su mayor aportación estriba en la conciencia de la interdependencia de todo lo real, sin por ello, por un lado, equiparar a todas las formas de vida, pero tampoco caer en un antropocentrismo irracional por el que todos los elementos del mundo deben ser explotados para el provecho del hombre actual, olvidando el equilibrio ambiental. Cuando sostenemos que el medio ambiente laboral puede extenderse no solo al lugar de trabajo sino al entorno, nos referimos a industrias, talleres u oficinas que tienen responsabilidad con sus empleados y con la sociedad. Los contaminantes o basura arrojados a ríos o terrenos, sin control apropiado; los gases o micropartículas expulsadas al aire; las sustancias almacenadas; los residuos tóxicos o radiactivos filtrados a la tierra; las vibraciones y ruido generados son responsabilidad de las empresas. Ya no se habla de una afectación al trabajador, sino también a la humanidad: es aquí donde vemos claramente afectados los intereses difusos de los que trata la Tercera Generación de Derechos Humanos. Así que los primeros obligados con respecto al problema de la contaminación son los Estados, mediante la legislación internacional, nacional y local; pero también lo son, y con responsabilidad directa, el patrón y el trabajador, quienes deben establecer, adoptar y observar las consignas necesarias para limitar, disminuir y prevenir los riesgos profesionales, accidentes y alteraciones psicosociales causados por la exposición a cualquier agente contaminante, tanto químico, biológico o físico, ya sea en el entorno laboral como en el medio ambiente. Las problemáticas que se hacen presentes en la reflexión son: i) que el incremento de enfermedades o lesiones sea un daño colateral a la producción ya aceptado y validado socialmente; ii) que la sociedad actual viva en riesgo por el constante temor a las repercusiones

ecológicas e impacto ambiental ("La Sociedad del Riesgo" de Ulrich Beck); iii) que las potencias mundiales cuenten con la tecnología más avanzada pero desplacen sus residuos a zonas miserables; iv) que los países en desarrollo no cuenten con infraestructura para reducción, reciclado y reutilización de sustancias y materiales, y además soporten la contaminación de los países ricos; v) protección de las futuras generaciones. (*Véanse*: Declaración de Estocolmo sobre el Medio Ambiente Humano, 1972; Convenio sobre la Diversidad Biológica, 1992).

Referencias

Jesús Ballesteros y Ángela Aparisi. *Biotecnología, dignidad y derecho: bases para un diálogo*, Pamplona, Eunsa, 2004. - Héctor Fix-Zamudio y Salvador Valencia Carmona. *Derecho constitucional mexicano y comparado*, México, Porrúa, 2001. - Gonzalo Moctezuma Barragán. *Derechos de los usuarios de los servicios de salud,* México, UNAM, 2001. - Héctor Santos Azuela. *Diccionario jurídico mexicano*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Porrúa, 2005, t° D-H, p. 1172, voz: "Derecho del trabajo". - Fernando Martínez Cortés. "Bases de la teoría y práctica de la salud en el trabajo"; Carlos Viesca Treviño. "Antecedentes históricos de la salud en el trabajo, en el mundo y en México"; Juan A. Legaspi Velasco. "Enfermedad de trabajo: concepto y evolución en México", en *La salud en el trabajo*, México, Novum Corporativo, 1988.

Agricultura y agrotecnologías

Eduardo Freyre Roach (Cuba) - *Universidad Agraria de La Habana*

Bioética y agrotecnologías. Van Rensselaer Potter, al referirse a la bioética como "puente al futuro" y "ciencia de la supervivencia", sugirió que la Tierra no se considere como una propiedad cuya relación con la misma sea estrictamente económica y en términos de privilegios, sino que implique más bien deberes y obligaciones. Durante los años noventa, aludiendo a la "bioética global y profunda", postula la necesidad de una ética de la preocupación por los menos privilegiados. Así tematiza la problemática de la sustentabilidad de la agricultura, la pesca y los recursos agroforestales. Este conjunto de pautas potterianas alude a los desafíos bioéticos de las agrotecnologías. El uso de productos agroquímicos en la fertilización de los suelos y en el control fitosanitario de las plagas, y también en la atención médico-veterinaria y zootécnico-pecuaria del ganado, constituye un pilar fundamental del modelo de desarrollo agrario denominado Revolución Verde. Estas agrotecnologías ofrecieron a los agricultores la posibilidad de aumentar los rendimientos agrícolas por unidad de hectárea, y se les atribuye un papel decisivo en la disminución del hambre en el mundo. Sin embargo, desde principios de los sesenta, en que Rachel Carson publicó su impactante libro *Silent Spring*, se vienen reportando sus riesgos para los cultivos, el ganado y toda la biodiversidad. El uso indiscriminado de sustancias agroquímicas provoca contaminación ambiental, toxicidad, alergias y disrupción endocrina, y compromete con ello la sexualidad, la reproducción y la inteligencia. Hoy en día se libra una importante contienda mundial contra los plaguicidas químicos organoclorados (Aldrin, DDT, Dieldrin, Heptacloro, Toxafeno, Mirex y Clordano), que conforman la lista de contaminantes orgánicos persistentes (COP) o "docena sucia", que han sido prohibidos. Existe una intensa contienda internacional que insta a los gobiernos y a la ciudadanía a desautorizar su producción y uso, y a que se almacenen o destruyan de forma segura.

Agricultura de precisión. Ha sido recurrente en la agricultura moderna el empleo de la mecanización y la automatización de los procesos sobre la base del uso de fuentes de energía fósil como el petróleo, el gas y el carbón, que si bien contribuyen a elevar los rendimientos agrícolas, pueden ocasionar compactación de los suelos y contaminación del medio ambiente. Se habla hoy en día de la llamada "agricultura de precisión", que no es más que el empleo de las computadoras y la informática en las labores agrícolas mecanizadas o automatizadas, para detectar con exactitud las condiciones edafoclimáticas y biológicas para llevar a cabo las labores de fertilización de los suelos, siembra y recogida de la cosecha. Con esta agrotecnología es posible, por ejemplo, saber dónde cultivar mejor, cuáles son las variaciones de los factores naturales, cómo se comporta la cosecha y cuál es la dosis óptima de insumos que se necesitan para llevar a cabo una producción agrícola con buenos rendimientos, productividad y rentabilidad. Además de considerar los beneficios que se le atribuyen a la agricultura de precisión, también se plantea el problema de la distribución justa de sus beneficios, por cuanto este es un paquete tecnológico muy caro y de difícil acceso para los que no tienen solvencia. Se teme que esta agrotecnología agudice las asimetrías entre los agricultores y que se preste al espionaje con fines mercantiles.

Ingeniería genética y transgénicos. Actualmente está adquiriendo relevancia la aplicación en la agricultura de los avances de la biotecnología y la ingeniería genética, como la recombinación de ADN, la transgénesis y la clonación, que ofrecen la posibilidad de contar con variedades mejoradas, adaptables o tolerantes a factores adversos. En la agrobiotecnología transgénica se cifran nuevas esperanzas relacionadas fundamentalmente con el aumento de la cantidad y calidad nutritiva y medicinal de los

alimentos de origen vegetal o animal, así como con la posibilidad de producir macro y microorganismos que absorban y degraden sustancias contaminantes. Se espera que este avance de la ingeniería genética ofrezca la posibilidad de rescatar y conservar recursos agrogenéticos en perspectiva de extinción. Empero, hay temores de que, dado el vacío de conocimiento que existe sobre las consecuencias colaterales de la ubicación del transgén de una célula donante en el código genético de una célula receptora, la liberación a gran escala de esos organismos genéticamente modificados (OGM) o transgénicos provoque efectos tóxicos y alergénicos, disrupción endocrina y comprometimiento de la biodiversidad.

Agrotecnologías orgánicas. Gran aceptación están recibiendo en los últimos tiempos las agrotecnologías que se emplean en los sistemas de agricultura orgánica, ecológica, natural, biodinámica o de permacultura: los policultivos, el uso de compost orgánico como el humus de lombriz, el control biológico de plagas, la tracción animal y la integración cultivos-ganadería, en fin, alternativas agrotecnológicas que se sustentan en la aplicación de principios agroecológicos. Las agrotecnologías orgánicas buscan el diseño y desarrollo de agroecosistemas sustentados en principios ecológicos, no dependientes de insumos externos y con un alto grado de resiliencia tanto ambiental como socioeconómica. Por lo general se reconoce que esta agrotecnología es una alternativa a las convencionales que colocan el énfasis en los sistemas de monocultivo, la ganadería intensiva y el uso intensivo de insumos químicos, la mecanización y la selección artificial de las variedades de plantas y animales. Empero, a la agrotecnología orgánica también se le atribuyen riesgos. La producción y el uso inadecuado de compost orgánico pueden desencadenar efectos negativos para la salud y el medio ambiente. Se discute mucho sobre la necesidad de que sea más justa la cadena integral de producción, procesamiento y distribución de los productos orgánicos, que sean óptimas y seguras las condiciones de los trabajadores y campesinos que laboran en las plantaciones orgánicas, y que se respete la identidad cultural y los valores de las familias y comunidades campesinas.

Valoración, poder y controversias bioéticas por las agrotecnologías. Ahora bien, la valoración bioética adecuada de las agrotecnologías presupone tener en cuenta no solo sus condicionamientos intelectuales y artefactuales, sino también socioeconómicos, políticos, éticos, jurídicos y culturales. Debemos considerar el ámbito social general y sociotécnico donde se aplican, y, sobre todo, considerar las expectativas y prioridades éticas de quienes las promueven y las patrocinan. Debe tenerse en cuenta también que las agrotecnologías pueden ser beneficiosas, pero también perjudiciales, lo cual relativamente depende de las intenciones y el grado de los conocimientos que se tengan. Dado este doble efecto, las agrotecnologías no son en principio ni buenas ni malas, pero tampoco neutrales desde el punto de vista ético; por tanto, como toda tecnología, no merecen ni adoración ni repulsión, sino más bien un enfoque oportuno y casuístico de sus aplicaciones e impactos. El desafío bioético fundamental de las múltiples agrotecnologías consiste en maximizar y distribuir de forma justa sus beneficios y minimizar sus riesgos. Actualmente los desafíos bioéticos de las agrotecnologías se ven afectados por el orden socioeconómico, político, científico-tecnológico, jurídico y cultural predominante, promovido por el proyecto de globalización neoliberal, que favorece a las corporaciones transnacionales agroalimentarias como Monsanto, Novartis, Aventis, Syngenta, etc., apoyadas por sus gobiernos y las organizaciones internacionales como el FM, el BM, el BID y la OMC, y legalmente auspiciadas en los marcos de los acuerdos TRIP y los convenios integracionistas como el TLC, los acuerdos bilaterales con los Estados Unidos y el ALCA. La ideología económica y política neoliberal, al poner el acento en el mercado libre, la privatización y la desestatización, hace prevalecer los intereses de lucro productivo y comercial por encima del interés público, lo cual atenta contra las potencialidades benéficas de las agrotecnologías y acrecienta sus riesgos. Este orden coloca a las agrotecnologías al servicio de la industrialización de la agricultura, la urbanización y la proletarización, ocasiona el éxodo rural y empuja al abismo de la muerte la agricultura, los campesinos y la cultura rural. Las ansias de agropoder de las empresas agroalimentarias multinacionales sobre los productos agrícolas y las tecnologías para producirlos –además de apoyarse en teorías económicas como la neoliberal, sociológicas y antropológicas como el funcionalismo que estigmatiza a los campesinos, su modo de vida y su saber agrícola ancestral– se sustentan también en teorías filosóficas como la positivista que apuesta a la sacralización de la ciencia y la tecnología modernas, e inclusive en teorías bioéticas afines a la ideología neoliberal. Este es el caso de Tristram Engelhardt que en su libro da preponderancia a la autonomía y el permiso por encima de la beneficencia, y con ello entiende, a fin de cuentas, que la consecución de un orden igualitario de acceso a las medicinas, al cobijo, a los servicios de salud y los alimentos es inmoral, pues socava la libertad individual y entorpece el progreso científico-tecnológico. Esta concepción aparta a las tecnologías agroalimentarias de su encargo bioético fundamental. En este

contexto cabe discutir entonces el alcance de las agrotecnologías en dependencia de si su desarrollo y aplicaciones responden o no a las expectativas bioéticas de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. No hay más que mencionar los debates actuales acerca de los problemas bioéticos que en tal sentido suscita, por ejemplo, la agrobiotecnología transgénica, en los cuales resulta necesario pensar cómo contrarrestar sus efectos perjudiciales y favorecer sus efectos beneficiosos. Se discute mucho cómo el monopolio transnacional sobre los alimentos transgénicos se hace valer por encima de la expectativa de acceso equitativo al acervo de logros biotecnológicos. La objeción contra la expansión de la ingeniería genética también se asocia a las reivindicaciones de los pueblos y las comunidades campesinas e indígenas respecto a la conservación de su patrimonio genético y la defensa de la soberanía sobre los recursos genéticos, pues la invasión agrobiotecnológica de sus campos lleva a la suplantación de sus variedades y a la perpetuación de la dependencia agrotecnológica de las transnacionales. Hoy en día se celebran enconadas controversias en torno a si los productos no convencionales como los transgénicos y los orgánicos deben etiquetarse, en correspondencia con la expectativa ética de que los consumidores puedan tomar decisiones libremente. Debido a que determinadas agrotecnologías, como el uso de agroquímicos y de plantas y animales transgénicos entrañan riesgos, muchos de los cuales son difíciles de detectar, pero que de manifestarse podrían ser irremediables o irreversibles, se han concertado, firmado, ratificado y han entrado en vigor acuerdos internacionales que contemplan principios ético-jurídicos que regulan la gestión y las relaciones de los países respecto a los productos agrotecnológicos. Merece destacarse, en tal sentido, el Convenio de Biodiversidad (1982) y el Protocolo de Cartagena (2000) referente a la biotecnología y los movimientos transfronterizos de OGM, así como el Protocolo de Montreal (1987) y los Convenios de Basilea (1989), Sudáfrica (1989), Rotterdam (2000), Estocolmo (2004), relativos a la prohibición y eliminación total de sustancias químicas que conforman la lista de COP. Entre estos principios se destacan: el principio de quien contamina paga, el de la evaluación del impacto o de riesgo, el del consentimiento informado previo, el de la participación ciudadana o fiscalización pública, el de la solidaridad o la colaboración internacional y, sobre todo, el principio precautorio.

La situación de América Latina. La reflexión y el debate bioético sobre las agrotecnologías adquieren especial connotación en América Latina. En nuestro contexto se implementaron agrotecnologías de Revolución Verde cuyos efectos adversos se están haciendo sentir, atajando el bienestar de las familias campesinas, las comunidades indígenas y las poblaciones rurales, así como la calidad ambiental. Con la colonización europeo-occidental, América Latina comenzó a sufrir la invasión de agrotecnologías foráneas, cuyos promotores y patrocinadores se ocuparon además de estigmatizar y marginar el saber agrícola tradicional. Así fue como se impusieron las agrotecnologías modernas, no porque fueran mejores que las locales ni porque se esgrimieran mejores argumentos, sino, como dijera Paul Feyerabend, por las presiones políticas, institucionales e incluso militares de los colonizadores y los neocolonizadores. Actualmente América Latina está amenazada por el accionar de las transnacionales agroalimentarias que, con base en las políticas de ajuste neoliberal, quieren imponer y perpetuar su monopolio productivo y comercial. Afortunadamente en la región opera un conjunto importante de actores sociales como las ONG que realizan campañas contra las agrotecnologías insostenibles. Tal es el caso del Consorcio Latinoamericano de Agroecología y Desarrollo (Clades), la Red de Acción en Plaguicidas y sus Alternativas (Rapal) y las redes contra transgénicos, que, interpelando a la globalización neoliberal y las transnacionales agroalimentarias, proponen agrotecnologías más compatibles con el medio ambiente y los valores culturales de la región, y que verdaderamente contribuyan a la erradicación del hambre, las enfermedades y la contaminación ambiental, así como al rescate y conservación del saber agrícola tradicional, del patrimonio agrogenético y la soberanía agroalimentaria de nuestros pueblos. Frente a esta realidad, y como alternativa, se trata de gestionar, para el bienestar y la calidad de vida de nuestros pueblos, el desarrollo de una agrotecnología ante todo precautoria que nos salvaguarde de los peligros que entraña; una agrotecnología democrática donde la toma de decisiones respecto a sus avances y aplicaciones sea verdaderamente participativa; una agrotecnología soberana que responda a los valores ancestrales de nuestras culturas y nos libre del flagelo de la dependencia colonial, neocolonial y transnacional globalizada.

Referencias

Van Rensselaer Potter. *Bioethics, Bridge to the Future,* Princeton N. J., Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1971. - Van Rensselaer Potter. "Deep and global Bioethics for a livable third millennium", *The Scientist,* Jan. 05, 1998. - Rachel Carson. *Silent Spring,* Boston MA, Houghton Mifflin, 1962. - T. Colborn, J. P. Myers, D. Dumanosky. *Nuestro futuro robado*, Madrid, Editorial Ecoespaña, 2001. - FAO. *Cuestiones éticas en los sectores de la alimentación y la agricultura*, Roma, 2000. - *Science,* enero, 1998. - *The Lancet,* mayo, 1998. - *Nature,* abril, 1999. – "Noelle Lenoir responde a las preguntas de Bahgat Elnadi y Adel Rifaat".

Correo de la Unesco, N° 9, 1994. - VV. AA. "The Monsanto Files. Can we survive genetic engineering?", *The Ecologist*, Vol. 28 Nº 5, sept./oct. 1998. - H. T. Engelhardt. *Los fundamentos de la bioética,* Buenos Aires, Paidós, 1995.

Modelos de producción rural

Adolfo Boy (Argentina) - *Grupo de Reflexión Rural (GRR)*

Lo rural y lo urbano: sociedad y producción. Desde que la humanidad abandonó sus hábitos nómades y se estableció en feudos o ciudades, se formaron círculos o cinturones que las proveían de alimento, medicina, fibras y energía: *lo rural.* La Revolución Francesa suele vincularse con el crecimiento demográfico de muchas ciudades europeas que recibían el desempleo del sector rural donde las familias se caracterizaban por el crecido número de niños. Las ciudades europeas eran recorridas por mendigos, vendedores ambulantes, rateros, payasos y delincuentes, que dormían en las calles. La pobreza generaba la lógica reacción de la nobleza gobernante que, temerosa de los estallidos sociales, endurecía sus medidas de control y represión. En 1798 Thomas Robert Malthus en su *Ensayo sobre la población* conmueve al mundo con la teoría de que la población tiene más poder que la tierra en producir alimento. Las predicciones de Malthus no se han cumplido por varias circunstancias: el descubrimiento de la máquina a vapor, el carbón de piedra como combustible y la revolución industrial, la migración a nuevas tierras que eran colonizadas, para luego abastecer a las ciudades imperiales, mejoras en las prácticas agrícolas –dentro de las que puede mencionarse la introducción de la papa *(Solanum tuberosum)*– y nuevas máquinas con mayor capacidad de laboreo. Las guerras del siglo XX modifican escenarios especialmente en Europa donde el hambre del siglo XVIII parecía haber retornado con la secuela de pestes y destrucción. En la posguerra, Europa centra su preocupación por la "seguridad alimentaria" impulsando, por un lado, la *autoproducción y el autoconsumo* y, por otro, modelos de escala *industrial*, sustituyendo mano de obra y conservacionismo por agroquímicos, drogas y maquinaria. En 1966 se crea el Centro Internacional de Mejoramiento de Maíz y Trigo (Cimmyt) en México y comienza a gestarse allí la Revolución Verde, cuyo modelo de producción se basó en llevar al máximo el potencial genético de los cultivos y modificar las condiciones naturales con el uso de insumos externos, fundamentalmente los fertilizantes químicos. Mucho antes de la Revolución Verde, sir Albert Howard (India, 1905), Rudolf Steiner (Austria, 1924), Mokichy Okada (Japón, 1930) y Masanobu Fukuoka (Japón, 1935) habían desarrollado modelos agropecuarios respetuosos de la naturaleza como respuesta a las agresiones que los nuevos modelos agropecuarios iban perpetrando contra el medio ambiente que cada uno de ellos habitaba. Estos maestros de la agricultura natural, orgánica o biológica, comienzan sus reflexiones desde la *autoproducción y el autoconsumo*, sistema de nivel familiar que se origina en los comienzos de la civilización y que se supone ligado al término de la etapa recolectora como respuesta de la determinación del hombre a abandonar la vida nómade. Características principales de este modelo son la dimensión humana de todos los factores productivos, la biodiversidad, el respeto por la naturaleza y sus ciclos, las rotaciones, el bajo uso de insumos externos y el no contemplar la venta de lo producido. Por aquellos tiempos no existían los términos *ecología y bioética*, pero todos ellos daban centralidad a la *ética* observada en la producción de alimentos, manteniendo un trato casi "religioso" con los factores bióticos. Steiner, creador de la producción biodinámica y fundador de la escuela antroposófica, desarrolla la idea de la *tierra viva*. Con ligeras variantes, todos ellos coinciden en considerar la incidencia vital de la tierra y el cosmos en los alimentos, y a estos como fundantes de las personas y su comportamiento.

Del autoconsumo al modelo agroindustrial. En América, varios siglos antes de que los europeos llegaran, la *Pacha Mama* era respetada y cultivada cuidadosamente según las condiciones ambientales, utilizando gran biodiversidad para diferentes regiones y altitudes. Las siembras eran colectivas: cada familia plantaba unas dos hectáreas que alcanzaban para el autoconsumo y para compartir comunitariamente. En 1970, como reacción al crecimiento de las ciudades y el desmejoramiento de la calidad de vida en ellas, Bill Mollisson desarrolla en Australia la permacultura, un modelo de autoproducción y autoconsumo que economiza trabajo humano y obtiene energía exterior de la naturaleza sin sobreexplotarla y privilegiando la belleza y el bienestar y el autoconsumo. Ese modelo de autoconsumo es ejemplo claro de lo que Vía Campesina ha denominado "soberanía alimentaria" y del ejercicio de la "titularidad" propuesta por Sen (Sen, 1981). La autoproducción de alimentos permanece en pueblos originarios de América Latina, África y Asia. Sin embargo, a partir de la creación de la OMC, que mantiene a la agricultura dentro de ella, la globalización resultante desarrolla el modelo *agroindustrial* que presiona sobre las tierras de los campesinos de autoconsumo, los minifundistas y aun los productores medianos, a los que considera ineficientes. El modelo agroindustrial produce, a gran escala y bajo costo, materias primas a granel (*commodities*) en monocultivos (soja, eucaliptos, maíz, colza, algodón), con animales en confinamiento

(corrales de engorde; acuicultura). Caracterizan este modelo la gran dependencia de combustibles fósiles, la agresión ecológica (deforestación, profusa utilización de grandes máquinas y agrotóxicos), el impacto social (desocupación, urbanización) y se inserta en un modelo agroexportador (Daly, 1996). Desplaza la capacidad ("titularidad") de cada persona de conseguir sus alimentos producidos localmente y la transfiere a la industria de alimentos y a los canales comerciales de los supermercados. Así aparecen en países productores de alimentos el hambre y la desnutrición como consecuencia del desempleo rural. El ejemplo más impactante del tránsito del autoconsumo a los agronegocios y los impactos que dicho cambio produce es el de China, que antes de la apertura al mundo occidental y la globalización se caracterizaba por la producción familiar, de bajos insumos para autoconsumo basado en arroz, hortalizas y poca carne. Mao pedía que cada familia china tuviera un cerdo. En la década de los setenta China era el mayor productor mundial de batata *(Ipomoea batatas)*. Esta raíz es de multiplicación agámica, se adapta a todo tipo de tierras, no tolera fertilizantes y no requiere tratamientos sanitarios. Dicha producción de batata tenía como fin principal la alimentación de los cerdos. En la actualidad se ha remplazado la batata por la soja importada desde América y por el maíz, y esto ha provocado el éxodo de campesinos que ya origina un problema de desocupación y hacinamiento urbano que la economía china de explosivo crecimiento no logra frenar. El modelo agroindustrial es tan agresivo que ha cooptado los modelos de agricultura biológica, natural u orgánica, para colocarlos en los canales de comercialización globales, apartándose de uno de los principales basamentos de dichos productos: su origen local y su venta alternativa. Hoy es posible hablar de producción de *commodities* orgánicas certificadas, vale decir los productos orgánicos al salir del autoconsumo entran en las normas de los supermercados que establecen sus propias reglas, exigiendo certificaciones y trazabilidad (Eure-gap; Buenas Prácticas Agrícolas).

Realidad y desafíos. Una respuesta al modelo agroindustrial han sido los modelos *agroecológicos* que surgieron en la década de los ochenta basados en los modernos conocimientos de la ecología y su aplicación a la producción agropecuaria comercial para diseñar modelos de agroecosistemas con especial visión de lo social y la sustentabilidad. Caracterizan este modelo la prescindencia del uso de insumos de síntesis química, la biodiversidad, las rotaciones, el bajo empleo de insumos externos y la inserción en el mercado (Sarandón, 2002). La propuesta en sus orígenes era similar a la producción orgánica; sin embargo, al igual que esta, hoy hay quienes la han transformado en una agricultura alternativa con sustitución de insumos de síntesis química y dentro de los productos certificados. Han pasado dos siglos desde las predicciones de Malthus, y en países como Argentina, que fueron excedentarios en proteínas e hidratos de carbono hasta la Revolución Verde, sus ciudades hoy recuerdan las de la Europa del siglo XVIII en medio de lo que algunos llaman la revolución biotecnológica. Los superpoblados centros urbanos desbordan en violencia y desnutrición mientras dependen del modelo global agroindustrial; lo rural está en extinción, las tierras que producían abundantes alimentos biodiversos hoy son desiertos verdes de monocultivos para la agroindustria que domina el modelo agroexportador, que además se ha convertido en el eje del pago de la deuda externa. La producción de *commodities* biotecnológicas también adhiere a la teoría malthusiana y se postula para solucionar el hambre del mundo. Pero Argentina al menos indica lo contrario. Por otro lado, el modelo agroindustrial depende de combustibles fósiles cuyas reservas se duda que superen los 25 años futuros. La producción de biocombustibles a partir de aceites vegetales producto del mismo modelo es una salida de dudosa sustentabilidad. La sociedad pospetróleo debe partir de cambios profundos en el consumo, privilegiando los modelos de bajos insumos, de producción y mercados locales, reduciendo al mínimo los gastos de energía en fertilizantes, agrotóxicos, transporte, embalajes, frío o tratamientos térmicos. Este desafío está ausente en los proyectos políticos que ignoran además lo perentorio del tiempo ecológico acelerado por el calentamiento global y la contaminación de tierras, cursos y reservas de agua.

Referencias

Herman E. Daly. *Beyond Growth*, Boston MA, Beacon Press, 1996. - Santiago Sarandón (ed.). *Agroecología: el camino hacia una agricultura sustentable,* La Plata, ECA-Ediciones Científicas Americanas, 2002-2005. - Amartya Sen. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*, Oxford, Clarendon Press, 1981.

Salud de los animales

Juan Garza Ramos (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

Rezagos sociales y asimetrías tecnológicas. Los compromisos de la bioética ante la problemática derivada de los rezagos de la población rural en la que se presentan enormes disparidades sociales, tecnológicas y de participación en los mercados, son mayúsculos y conviene destacar una necesaria atención prioritaria en Latinoamérica a los grupos vulnerables y a su ganadería, con diferencias claras

respecto a la situación en países mejor desarrollados en los que la bioética tiene prioridades distintas. Las asimetrías tecnológicas se presentan en poblaciones ganaderas que en un extremo están en condiciones de excelencia en que se aplican los últimos adelantos del desarrollo tecnológico para participar en la exportación, que coexisten con poblaciones animales criadas en condiciones rústicas, sin medidas zootécnicas ni sanitarias, con muy baja productividad y sin posibilidades de competir en los mercados. Sus alimentos además no son siempre sometidos a procesos que garanticen su inocuidad. Especial mención tiene la salud de los animales de compañía por su contacto estrecho con las familias, su valor afectivo y los riesgos de transmisión de zoonosis. La salud animal impacta la competitividad de la ganadería ya que condiciona el acceso a los mercados, los costos de producción, la productividad y la calidad de los productos.

Salud animal, zoonosis y subdesarrollo. Las enfermedades de los animales, las zoonosis y las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) están asociadas a los sectores vulnerables de la sociedad, al subdesarrollo, cuando los indicadores económicos, sociales y sanitarios no son favorables. Su permanencia en las poblaciones humanas y animales se da por el crecimiento demográfico, la convivencia estrecha con animales sin atención médico-veterinaria apropiada y porque en la sociedad no se distribuyen con equidad las bondades de la globalización, la educación, los avances científicos y tecnológicos, el saneamiento básico, los alimentos, los productos, servicios, sistemas de comunicación, el avance económico y el empleo. Muchos factores participan en zoonosis en una complicada red de tiempo, intensidad y frecuencia, por lo que el control de estos padecimientos requiere medidas de atención al ser humano, prevención en reservorios y sobre el ambiente. Dentro de los factores multicausales que condicionan o determinan los daños por las zoonosis en los humanos se incluyen: el nivel educativo de la población, su comportamiento, hábitos de higiene, la alimentación suficiente, balanceada y accesible con productos inocuos, los servicios municipales como saneamiento ambiental, agua potable, disposición de excretas; todos inciden en la probabilidad de riesgo de enfermar o morir de la población.

Enfermedades emergentes, programas y estrategias sanitarias. Los ecosistemas de los extremos del desarrollo avanzado y el rezago que lacera y vulnera se entrelazan y contaminan, con detrimento de la salud humana y animal. Se propician enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes que en el caso de las zoonosis afectan por igual a animales domésticos, humanos y aun a la fauna silvestre. Entre ellas: virus del oeste del Nilo, encefalopatías espongiformes transmisibles, fiebre aftosa, SARS e influenza aviar. Los programas y las estrategias sanitarias existen para prevenir enfermedades, secuelas y muerte producidas por agentes infecciosos. Los programas se diseñan a nivel nacional, pero las condiciones varían a nivel local. Por ello se requiere énfasis en programas y estudios que sean aplicados en forma regional y estratificada de acuerdo con la situación epidemiológica. Se requiere complementación sinérgica de esfuerzos que incluya: bioseguridad, saneamiento ambiental, diagnóstico confiable y oportuno, vigilancia activa de los agentes, diseminación de información, control oportuno de focos detectados, inmunización masiva o selectiva, promoción de la salud, capacitación del personal de salud, capacitación de trabajadores en las cadenas productivas, participación de las comunidades con sus grupos y autoridades, y coordinación de los sectores público, privado y social. Para lo anterior se requiere invertir lo necesario a fin de construir o reconstruir una infraestructura de laboratorios, personal técnico y de campo con empleos estables y bien remunerados, vehículos, insumos y gastos de mantenimiento y operación. La atención a los problemas de sanidad animal requiere consistencia, persistencia, cobertura y rigor de los esfuerzos; de otra manera, los avances de años se pueden revertir en semanas o días.

Modelo de desarrollo vigente en Latinoamérica, salud pública veterinaria y globalización. El modelo de desarrollo vigente genera problemas ambientales y sociales porque busca maximizar las ganancias económicas a corto plazo pero provoca costos en los sistemas naturales y sociales. Ha habido crecimiento de la economía pero sin desarrollo de los países y sus habitantes, lo que favorece la persistencia de núcleos vulnerables con condiciones para las enfermedades en los animales y las zoonosis. Estas enfermedades son indicadores de salud pública, del nivel de desarrollo, de la organización para la efectividad productiva y de las capacidades de comercialización. La salud pública veterinaria es multidisciplinaria, multiinstitucional y requiere una coordinación intersectorial. Su campo de acción se comparte con la salud pública humana como con la salud animal y tiene intereses comunes con alimentos, ambiente y medicina experimental. De los fenómenos relacionados con la globalización, ninguno ha influido tanto en la expansión de las enfermedades infecciosas como la migración humana y el comercio internacional; la globalización ha causado cambios profundos e impredecibles en las condiciones ecológicas, biológicas y sociales. Pero en la mayoría de los países

de Latinoamérica han disminuido los presupuestos gubernamentales destinados a preservar y mejorar la salud animal y la salud pública, lo cual muestra gobiernos sin compromiso. Las cifras epidemiológicas se expresan en promedios con los que se definen políticas públicas, pero los promedios enmascaran la realidad; los extremos reflejan, por un lado, la magnitud de las deudas sociales y sanitarias y, por el otro, los absurdos de la opulencia y la extravagancia. Hay en nuestra sociedad brechas profundas, polarizaciones, exclusiones inadmisibles.

Investigación. Para prevenir y controlar enfermedades animales, zoonosis y ETA se requieren operaciones y organización exitosas sustentadas en investigación. Los valores de la ciencia se deben manifestar con mayor rigor en el caso de los científicos y estudiosos de los problemas de salud: verdad, honor, creatividad e imaginación, inconformidad constructiva, tolerancia y compromiso y aceptación de arbitraje ante disputas, son útiles en las decisiones y definición de prioridades. Es fácil dejarse llevar por el carisma de los últimos adelantos científicos, pero lo difícil es no alejarse del sentido común. Información, conocimiento, entendimiento, estrategias, programas, tácticas y prácticas deben estar enlazados y en equilibrio para lograr proyectos exitosos en salud animal y salud pública. La mayor parte de la investigación sobre las enfermedades animales está orientada a la obtención de nuevo conocimiento respecto a problemas básicos, pero poco se ha estudiado el entendimiento de los fenómenos biológicos de las enfermedades infecciosas y parasitarias y menos aún los aspectos de organización para su prevención y control. La medición del impacto de los esfuerzos de investigación y desarrollo tecnológico debe hacerse también mediante indicadores no financieros, indicadores ambientales, sanitarios, educativos, nutricionales, laborales. El cumplimiento de la legislación en actividades de investigación es primordial. Los investigadores son los primeros en estar obligados a cumplir las normas y, si aún no hay legislación, obtener los permisos correspondientes. Un ejemplo bochornoso se tuvo en la estación experimental de la OPS en Azul (Argentina) cuando se realizó un experimento con virus recombinantes de vaccinia-rabia, entonces en experimentación, sin notificación a las autoridades. Al inicio del siglo XXI la investigación en enfermedades animales, zoonosis y ETA está en crisis: queda enmarcada en la brecha 10/90, es decir, que se destina el 10% de los recursos para atender la problemática que afecta al 90% de la población.

Prevención y control de enfermedades. Para controlar y aun erradicar muchas de las enfermedades que aquejan a los animales y, en el caso de las zoonosis, a los humanos, no se requiere más investigación científica. Para combatir muchas de las zoonosis prevalentes basta un ejemplo: Alemania en el inicio del siglo XX erradicó la cisticercosis humana y porcina con acciones tan sencillas como la implementación de medidas sanitarias y control de rastros. Por ejemplo, con lo que se sabe sobre brucelosis, muchos países han logrado erradicar esta enfermedad de sus ganados y por ende de los humanos. Hay medios de diagnóstico, vacunas, y su aplicación estricta, consistente y masiva ha sido suficiente para liberar a países enteros de esta importante enfermedad. Ante una enfermedad infectocontagiosa se requieren diferentes acciones y programas complementarios entre sí pero con distinto peso específico. Los elementos incluyen: los ciclos y la patogenia de la enfermedad, la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico y control de focos de infección. En Latinoamérica se han hecho esfuerzos por integrar las acciones cotidianas de salud pública y de salud animal. Los ministerios de salud y agricultura han tenido discursos de colaboración pero resultados concretos poco efectivos. Se requiere armonizar las acciones gubernamentales de salud humana, salud animal, fauna silvestre y además fomentar la participación y cooperación de los profesionales, académicos, productores, procesadores, industrias farmacéutica y de alimentos, comerciantes y consumidores. Hay logros evidentes de salud pública veterinaria, casos de éxito y coordinación ejemplar en el control y la erradicación de zoonosis y enfermedades de gran trascendencia sanitaria, económica y social. Por ejemplo, en el norte de Latinoamérica, México y los países del istmo centroamericano erradicaron la fiebre aftosa, la encefalitis equina venezolana y el gusano barrenador del ganado. En esa misma región, otras zoonosis, como la fiebre amarilla y el tifo exantemático, fueron erradicadas con grandes esfuerzos y pocos recursos en las décadas de los años veinte y treinta. Sin embargo, aún se observan altas tasas de morbilidad y mortalidad; la prevalencia de muchas enfermedades es alta, o no se conoce con precisión, pues no existe diagnóstico salvo con fines de investigación, no hay reportes, se carece de vigilancia epidemiológica activa y los estimados epidemiológicos no son confiables. Y respecto a la inocuidad alimentaria, se ha privilegiado la atención sanitaria a los productos para exportación, lo que ha provocado una asimetría entre las características de los alimentos para los mercados internos y los de exportación.

Coordinación intersectorial. Un inventario de los esfuerzos sobre enfermedades animales y sus consecuencias sociales y económicas indica que se ha hecho mucho pero en forma aislada, dispersa

e incompleta. Los ministerios de salud y agricultura de nuestros países han realizado esfuerzos independientes, no necesariamente complementarios; se ha privilegiado la atención a campañas verticales contra una sola enfermedad. Por un lado, las autoridades de salud requieren que se atienda a las poblaciones animales con mayor prevalencia de zoonosis, que conviven con personas de bajos recursos económicos y nivel de desarrollo. Las autoridades de salud animal tienen sus programas de trabajo orientados prioritariamente a los animales de alta estima, con mayor producción y especialmente los destinados al mercado de exportación. Su atención a los animales mantenidos en condiciones rústicas, de traspatio, es prácticamente nula, a pesar de que, por no estar adecuadamente tecnificados, son en los que prevalecen las enfermedades infectocontagiosas y representan un importante factor de riesgo a los animales tecnificados de gran valor genético, productivo y económico. Cuando se invita a colaborar al sector privado, los ganaderos organizados de manera corporativa procuran la atención a sus poblaciones ganaderas pero no aceptan invertir en las explotaciones no tecnificadas a las que además consideran una competencia engorrosa. Pero el establecimiento de medidas de prevención y control contra una enfermedad tiene un impacto favorable ya que, al mejorar las condiciones de vida de los animales y de las personas que conviven con ellos, se combaten simultáneamente muchos de los factores predisponentes de varias enfermedades. Combatir los factores comunes que propician la aparición de zoonosis en los humanos es importante, pero aún más es prevenir y erradicar las enfermedades en los reservorios, ya sean animales domésticos, productivos, fauna nociva o silvestre. Controlar las enfermedades en los animales tiene un costo-beneficio más favorable y, si se trata de animales productivos, el incremento económico por la mejora en su salud se añade a los beneficios en la salud pública. Los organismos internacionales contribuyen al control de las enfermedades de los animales, las zoonosis y las ETA, a través de organismos como FAO, OPS/OMS, OIE, y a nivel regional el IICA y el BID; sin embargo, son lamentables su falta de coordinación y el desperdicio de recursos.

Bioética y nuevos paradigmas en América Latina. La bioética, con sus principios de beneficencia, no-maleficencia, justicia, autonomía y protección, es un apoyo valioso que puede emplearse por comités de expertos para la definición de políticas públicas para prevenir y controlar las enfermedades. Falta mucho por alcanzar: consensos sobre “bien común”, prevención de conflictos de interés en las acciones y decisiones, transparencia de los procesos, certificación auditable. La región latinoamericana está incluida entre los espacios más desiguales del mundo. Las tremendas disparidades que aquejan a las poblaciones humanas, y por ende a los animales de compañía y a los productivos, requieren ser motivo de reflexión y acción para una atención diferenciada que mitigue la problemática en los grupos vulnerables. La equidad está lejana y el desarrollo sustentable debe ser motivo de atención mediante políticas públicas que incluyan el medio ambiente y los ecosistemas. La transición epidemiológica refleja condiciones sociales inadmisibles en las cuales coexisten grupos poblacionales con parámetros semejantes a las sociedades más desarrolladas del orbe y grupos en condiciones de miseria, ignorancia y enfermedad producto del abandono. La construcción de redes de talento, capacidades, integración de equipos, información epidemiológica, insumos, con alineamiento de las estrategias, permitirá pasar del conocimiento a las acciones y avanzar en la solución de los lacerantes problemas de la salud animal y la salud pública.

Referencias

FAO, WHO, OIE. *Report of the WHO/FAO/OIE joint consultation on emerging zoonotic diseases*, Ginebra, 2004. - Ana Flisser, Ruy Pérez-Tamayo. *Aprendizaje de la parasitología basado en problemas,* México, Editores de Textos Mexicanos, 2006. - Juan Garza. “Bioética, desarrollo sustentable y salud”, *Summa Bioética* 1, número extraordinario, 2002; pp. 47-56. - Juan Garza. “Zoonosis”, en M. Urbina, M. Moguel, A. Muñiz, J. A. Solís (coords.), *La experiencia mexicana en salud pública, oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006, pp. 413-428. - Bernardo Kliksberg (compilador). *La agenda ética pendiente en América Latina*, Buenos Aires-México, Fondo de Cultura Económica y Banco Interamericano de Desarrollo, 2005.

Ambiente, sustentabilidad y riesgos

Walter Alberto Pengue (Argentina) -
Universidad de Buenos Aires

Desarrollo económico e (in)sustentabilidad. Los actuales modelos de desarrollo económico han considerado el ambiente como mero proveedor de recursos naturales. Estos mismos modelos han contribuido a un quiebre fundamental en las formas de administración, gestión y la posibilidad de restauración no solo del capital natural, sino también han impulsado una homogeneización social de consecuencias que hoy en día podemos considerar ya catastróficas. No obstante, ni la sociedad privilegiada, ni los decisores de políticas, y tan solo parcialmente segmentos de la ciencia convencional, perciben este complejo problema. La partición de nuestra ciencia nos obliga a revisar la crisis ambiental en compartimientos estancos que permiten al investigador analizar la situación planteada con una única óptica bajo un prisma

peligrosamente reduccionista. El uso de los recursos naturales tiene límites, y los impactos ambientales producidos por cuestiones antrópicas no son únicamente de efectos directos sino y especialmente complejos en términos caóticos. Estos impactos de nuestras actividades sobre los sistemas ambientales dependen en la mayoría de los casos de su intensidad, extensión, duración y, por cierto, de las tecnologías empleadas. Todos potenciados hoy por el insostenible e inequitativo sistema económico global.

Consumo, ambiente y tecnología. Los seres humanos somos una de las últimas especies en aparecer en la biosfera. Nuestra supervivencia depende de la supervivencia de los demás ecosistemas y especies que evolucionaron antes de nosotros. Las políticas convencionales han fomentado la dominación humana sobre la naturaleza pretendiendo una jerarquía por sobre el resto del mundo natural. La apropiación primaria neta de biomasa por nuestra parte (que alcanza a casi el 40%) es un claro ejemplo de cómo estamos acorralando los espacios de las otras especies y, por cierto, de las desigualdades siempre crecientes entre las demandas *endosomáticas* (las que satisfacen las necesidades básicas para la vida, como alimento y vestido) y las *exosomáticas* (consumo superfluo) de millones de humanos (Pengue, 2005). Muchas de las nuevas tecnologías hoy en día disponibles llegan para resolver problemas puntuales pero sin revisión de sus consecuencias (posiblemente irreversibles) en el mediano plazo. El fundamentalismo científico y sus dependencias del mercado pueden llegar a hacer perder el rumbo de lo que es bueno para el conjunto social. La tecnología llega para solucionar un problema de producción y acelerar o mantener estos ciclos. Hoy en día nos hemos convertido en una sociedad en riesgo.

Sociedad del riesgo. Los avances científicos han sido notables y revolucionarios pero muchos de los procesos "naturales" (cambio climático, inundaciones, sequías, hambrunas, maremotos) que enfrentamos derivan más de consecuencias de actividades humanas que de fenómenos asignables a causas exclusivamente naturales. En la década de los noventa se triplicó el número de estas "catástrofes *naturales*" con respecto a las dos décadas anteriores. En 1998 se daba cuenta que estos desastres naturales afectaron a más de 130 millones de personas en todo el mundo, provocaron más desplazados que las guerras o conflictos sociales y políticos (13,5 millones) y causaron daños económicos por casi cien mil millones de dólares. El delicado equilibrio del planeta se sigue alterando y los resultados de *tsunamis* recientes dan cuenta también de la parte de responsabilidad humana en un fenómeno catastrófico y posiblemente repetible. Estas acciones deliberadamente antrópicas sumadas al uso irrestricto de la tecnología para la resolución de problemas económicos nos convierten en una "sociedad del riesgo" (Beck, 1998). La utilización de energía nuclear, tecnologías del ADN recombinante, clonación humana, nanotecnologías, son adelantos científicos incontrastables como resultados inmediatos directos, pero por su incumbencia y alcance deben ser revisados con una mayor amplitud, en tanto sus efectos negativos pueden llevarnos a consecuencias impredecibles como especie. Una nueva tecnología posiblemente venga acompañada de una nueva *tecnopatogenia.* Esta nueva forma de revisar con un pensamiento complejo a la ciencia y la tecnología, especialmente la de alto impacto, no puede seguir pensándose a través de compartimientos estancos: amerita la participación y discusión ciudadana. Aparecen de esta forma líneas científico-sociales que ofrecen revisar la situación del ambiente, los riesgos implicados y la sustentabilidad socioambiental y cultural con enfoques holísticos como los de la ciencia posnormal. Funtowicz y Ravetz (1994) postulan así que los problemas ambientales complejos que enfrenta la humanidad requieren una nueva forma de toma de decisiones a la que se han referido con el nombre de ciencia posnormal, que ya no dejan librada al buen juicio científico sino que amerita una participación, información y opinión de la sociedad involucrada. Según ellos, dos son las características de dichos problemas que exigen que el mecanismo de toma de decisiones sea diferente al de la ciencia normal. Se trata de la importancia de lo que se pone en juego y de la elevada incertidumbre de los sistemas implicados.

Externalidades. En la economía capitalista, la "naturaleza" es el punto de partida de la producción y el punto de llegada como reservorio de desechos (de la industria y el consumo) que llegan a tener una gran concentración espacial y se convierten, más temprano que tarde, en contaminación. Muy por el contrario a como nos muestran los textos de la economía clásica, el circuito económico *no* es un flujo constante y circular de bienes y servicios que se intercambian por dinero. Visto en términos ecológicos, este "circuito" es un ciclo abierto, en donde entran y salen materiales, en bruto y transformados de distinta calidad y que funcionan respetando los dos principios básicos de la termodinámica. El hombre ha transformado este sistema natural en otro económico pero a costo de una creciente destrucción de la que no se hace cargo. Justamente hablamos de estos costos (degradación ambiental, contaminación, enfermedades, pérdidas del paisaje o destrucción del hábitat) no incluidos en los balances económicos y que

llamamos externalidades. Tan solo si el sistema económico se hiciera cargo de las mismas, se lograría, siquiera parcialmente, ordenar económica y ecológicamente el uso de varios recursos. La economía ecológica da cuenta de la identificación, evaluación y, cuando fuera posible, de la valorización de estas externalidades y de los métodos científicos más apropiados para su adecuada consideración.

Economía ecológica. Puede entenderse como la disciplina de gestión de la sostenibilidad que intenta poner en balance las serias discrepancias que el mundo occidental encuentra entre la ecología y la economía. Pretende construir un sólido puente, bajo una misma estructura radical "ecointegradora" que permita asegurar y restaurar la estabilidad ambiental. La economía ecológica contabiliza los flujos de energía y los ciclos de materiales en la economía humana, analiza las discrepancias entre el tiempo económico y el tiempo biogeoquímico, y estudia la coevolucion de las especies con los seres humanos. El objeto básico de estudio es la (in)sustentabilidad ecológica de la economía, sin recurrir a un solo tipo de valor expresado en un único numerario. Por el contrario, la economía ecológica abarca a la economía neoclásica ambiental y la trasciende al incluir también la evaluación física de los impactos ambientales de la economía humana (Martínez Alier y Roca Jusmet, 2000). Como destaca Leff (1986), hoy día los impactos negativos son recogidos por los precios del mercado, y a veces dan lugar a movimientos de resistencia que utilizan distintos lenguajes sociales. Son movimientos que a veces no se leen a sí mismos como ecologistas, pero que en realidad lo son. Pueden ser movimientos sociales espontáneos, sin liderazgos individuales a la vista, como los que en algunas ciudades de la India quemaron automóviles y buses que habían atropellado a trabajadores ciclistas pobres, entre los pobres. O aquellos indígenas y gentes urbanas de la ciudad de Cochabamba que lucharon durante días para que el agua de su ciudad no se privatizara y pasara a corporaciones extranjeras. Otros, como hicieron en el Beni y Santa Cruz, lo fueron uniendo a *chiquitanos, guarajos y ayoreos* contra las concesiones forestales a empresas madereras, protestas que usan un vocabulario de derechos territoriales indígenas y no necesariamente un vocabulario explícitamente ecologista. O bien, el conjunto de la población boliviana (golpeada desde siempre por la explotación de sus recursos y vidas) que, reivindicando derechos ambientales, sociales y económicos, expulsaron a dos presidentes en momentos alternados y lograron erigir, mediante el voto popular en el marco democrático, a un primer presidente indígena. Es claro que aquí la discusión es por los recursos y por el territorio, en términos de agua, suelo, petróleo, minerales o biodiversidad y sobre sus formas de apropiación y usufructo, en lo que hoy, en el siglo XXI, conocemos como nuevos conflictos ecológicos.

Conflictos ecológico-distributivos. El capitalismo darwiniano que se yergue sobre una buena parte de la humanidad hace que se generen conflictos permanentes por la lucha y apropiación de los recursos naturales y los territorios, especialmente en los países en vías de desarrollo. Esta situación involucra siempre un conflicto que no está en situación de ser resuelto en los términos convencionales de una evaluación de impacto ambiental o una valoración supuestamente adecuada para facilitar el acceso a ese bien por parte del actor más poderoso. La situación no se soluciona solamente con instrumentos técnicos, sino que se fuerzan nuevas y novedosas participaciones sociales que ameritan a su vez originales aportes en términos de políticas ambientales. Ya en la cuestión de gentes y menos en recursos, el problema había sido muy bien planteado por el economista argentino Raúl Prebisch y la Cepal desde 1949. Pero hoy en día, en términos de los recursos y las formas de apropiación, el argumento ya no es suficiente, dado que el pensamiento económico de la época no supo incorporar las cuestiones ecológicas. Actualmente, los conflictos ecológico-distributivos involucraron una fuerte actividad social y formas de abordaje inéditas para resolver no solo las mejores formas de acceso y uso de un determinado recurso sino sobre quién, dónde, cómo y por qué se coloca una carga de daño ambiental. El fuerte movimiento social para detener el avance de una mina de oro a cielo abierto que destruiría el principal recurso natural (paisaje) en la localidad de Esquel (Argentina), el conflicto de las papeleras entre Argentina y Uruguay que movilizó a toda la ciudad de Gualeguaychú, la movilidad social en Piura (Perú) para desalentar el avance de una mina que pretendía explorar debajo de sus propios pies, o los movimientos sociales contra los alimentos transgénicos, son otros tantos ejemplos de reacciones sociales a decisiones políticas (o a la inexistencia de ellas por el motivo que fuera) que afectan y ponen en riesgo la vida humana a distintas escalas y que en conjunto aúnan eventos cuya complejidad amenaza nuestra estabilidad planetaria.

Estabilidad ambiental del Sur. La única manera en que el sistema occidental puede mantenerse "sostenible" en términos económicos es facilitando el acceso a bienes y servicios ambientales ubicados generalmente en el Sur y a precios subvaluados. Ello involucra un proceso de sobreexplotación creciente de recursos que agota hasta los supuestamente recursos renovables (tierras). Estos procesos afectan la estabilidad ambiental del Sur y la

continuidad de las estructuras sociales de estos mismos territorios. Producir soja, café o pasta de papel no es malo en sí mismo. Pero sí puede serlo si para ello se destruyen recursos de manera insospechada. Para producir el anillo de oro que tiene usted entre sus dedos, amigo lector, fue necesario eliminar muchísima vegetación, mover ingentes cantidades de tierra y materiales y contaminar demasiada agua. Para tomar un delicioso "café veneciano", comer una sustanciosa "pasta italiana", vestir con el mejor "algodón escocés", beber un "buen té inglés", consumir una "verdadera hamburguesa norteamericana", tomar una "cerveza alemana", vestir los mejores "zapatos de cuero europeo", probar el "tofu japonés" o deleitarse con un sabroso "queso francés", muchas veces se ha hecho menester importar esas materias primas (café, trigo, leche, algodón, carne, malta, té, etc.), desde regiones donde literalmente se está aniquilando el propio hábitat. Existe así un daño directamente no reconocido en los costos de transacción de la economía global. Por eso es que se llama deuda ecológica al reclamo de los países subdesarrollados a las naciones industrializadas por el saqueo de sus recursos naturales, a cuenta de pasadas y actuales emisiones tóxicas, por el uso del espacio ambiental, por el robo literal de sus recursos genéticos, por la apropiación y posterior privatización del conocimiento indígena, por el dumpin ecológico y por la suma de los daños ambientales que las transacciones económicas hoy día no incluyen en las cuentas de ganancias y pérdidas nacionales. La conocida aseveración del Informe Brundtland (1987) nos dice que sustentabilidad implica "*satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades*". Pero si se tratase de mantener el patrimonio natural, cualquier uso de un recurso no renovable sería incompatible con la sustentabilidad. Así lo explicaba Nicholas Georgescu–Roegen (1975): "*Si la actividad humana degrada recursos de baja entropía (combustibles fósiles), no solo existirá un límite a la capacidad de sustentación de cada periodo, sino también a la vida humana que la tierra puede sostener*". La sustentabilidad es una cuestión de grado y de perspectiva temporal. En el sentido de sustentabilidad fuerte, solo una economía basada en fuentes de energía y recursos renovables (ecología productiva) y en los ciclos cerrados de la materia puede potencialmente ser sustentable a perpetuidad, situación de la que estamos alejándonos con pasmosa velocidad.

Referencias

Ulrich Beck. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad,* Barcelona, Paidós, 1998. - Silvio Funtowicz y Jeremy Ravetz. *Epistemología política. Ciencia con la gente,* Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1994. - Nicholas Geordescu–Roegen. "Energía y mitos económicos", Madrid, *El Trimestre Económico*, Vol. 42, Nº 4, 1975, pp. 779-836. Enrique Leff. *Ecología y capital*, México, Siglo XXI, 1986. - Joan Martínez Alier y Jordi Roca Jusmet. *Economía ecológica y política ambiental*. México, Fondo de Cultura Económica-Pnuma, 2000. - Walter A. Pengue. *Agricultura industrial y transnacionalización en América Latina. ¿La transgénesis de un continente?,* Buenos Aires, Pnuma-Gepama, 2005.

Manipulación del genoma y medio ambiente

José Ramón Acosta Sariego (Cuba) -
Universidad Médica de La Habana

La trama transgénica desde la complejidad. El debate genómico ha promovido una acuciosa evaluación de las implicaciones sociales y filosóficas de la llamada genética molecular y las biotecnologías a ella asociadas. El genoma, humano o no, constituye un sistema complejo en sí mismo, y hasta donde el conocimiento científico actual lo permite, solo es posible predecir a corto plazo las consecuencias de las variaciones que se introduzcan en las condiciones iniciales de estos sistemas. La idea aportada por la teoría de la complejidad acerca de que la modificación de las condiciones iniciales de un sistema, por pequeña que esta alteración sea, influye en su autoorganización y desarrollo ulterior, así como las interrelaciones con el resto de los sistemas de la trama donde está inserto, pudiera justificar en gran medida la honda preocupación que en determinados círculos de opinión científica y pública ha suscitado la actual posibilidad de modificar los sistemas biológicos "a voluntad", porque no está muy claro que exista absoluta garantía de que las modificaciones introducidas expresen, en el tiempo y las nuevas interrelaciones creadas, esa voluntad o propósito originario. "*Una buena parte de esos efectos son imposibles de predecir en el momento de la puesta en funcionamiento del sistema tecnocientífico* –afirma Olivé–, *por ejemplo cuando se libera al ambiente un organismo genéticamente modificado; algunos de ellos serán evaluados posteriormente como positivos y otros como negativos y, generalmente, la valoración variará de unos grupos sociales a otros*" (Olivé, 2003). El impacto que para la trama de la vida puede tener la alteración artificial de alguno de sus sistemas cobra especial importancia porque la modificación genética de un organismo no opera solo sobre él, o su especie, sino sobre los sistemas bióticos en su conjunto e incluso pudiera extenderse a los abióticos. El proceso de automodificación de la naturaleza es consustancial a su evolución y desarrollo. De hecho, el movimiento y la constante transformación de la materia es expresión de su existencia. El intercambio y la mutación genética son esenciales para la vida, pero

la naturaleza opera sus cambios progresivamente dentro de la dinámica propia de los ecosistemas, y la manipulación genética impone estos bruscamente desde fuera, lo que dificulta la adaptación del ecosistema al cambio, o sea, no es este organismo un mutante producto de los cambios e interacciones de los elementos del sistema, sino que la modificación abrupta y artificial que le ha sido inducida es la que introduce nuevas interacciones en el sistema. "*Entendida como creación de vida, surgen numerosos cuestionamientos éticos nuevos a la biotecnología, pues los resultados de la creación afectan de alguna manera el proceso de vida desde su interior, aunque fueron diseñados e incorporados directamente desde fuera, como parte de los desarrollos culturales*" (Delgado, 2006). En la historia de la Tierra se reportan drásticos y bruscos cambios globales originados por factores naturales endógenos y exógenos que acarrearon la incapacidad de adaptación y consiguiente desaparición de especies vegetales y animales, no obstante lo cual la vida perduró. Cierto es que durante la existencia del hombre, y desde la última glaciación, es ahora cuando nos vemos enfrentados a preocupantes modificaciones globales, en gran medida provocadas o coadyuvadas por la acción humana. La manipulación genética se inscribe entre esas acciones, distintivas del tránsito de la civilización industrial a la del conocimiento, que eventualmente pueden devenir en alteraciones medioambientales peligrosas para la supervivencia del hombre como especie. Solo por este argumento en cuanto a las probables consecuencias de la manipulación artificial del genoma, sería atendible el llamado sobre los riesgos potenciales de estas drásticas intervenciones humanas sobre la naturaleza, reclamo al que algunos defensores a ultranza de la validez científica y ética de los organismos modificados genéticamente han tildado de alarmista e incluso de terrorismo ecologista. Los riesgos de la manipulación genética son altos y los accidentes ya detectados los confirman; sin embargo, lo más importante es que se establezca un margen razonable de seguridad biológica para asumirlos desde un actuar responsable y prudente. Los optimistas en este campo lo afirman y los pesimistas lo niegan, reeditándose la hipotética polémica entre la predictibilidad determinista de Laplace y la complejidad caótica de Lorenz. Pensar hoy día que la naturaleza es lineal, simétrica y predecible sería como tratar de aplicar la mecánica cartesiana a la biología molecular, o entender la complejidad de los ecosistemas por la gran variedad de sus elementos y no por la autoorganización de las interacciones entre ellos (Acosta, 2004). Es una falacia entonces el creer que modificamos "a voluntad" el genoma de un organismo para un determinado fin cuando aún no conocemos a ciencia cierta las funciones de la mayoría de las combinaciones de nucleótidos que la evolución natural nos ha legado, ni el efecto que la variación de las condiciones iniciales de uno o varios componentes de esos sistemas puedan ejercer sobre el ordenado caos que los mantiene estables. Independientemente de los intereses económicos y el ego de los científicos que pueden influir en esa premura por adentrarse en los vericuetos de la manipulación genómica, en esta actitud ha prevalecido el ancestral supuesto de que la naturaleza debe ser dominada a pesar de las insistentes señales de que solo podemos aspirar a convivir con ella. "*La utilización descarnada de los conocimientos científicos para discriminar poblaciones, para estigmatizar individuos o para esterilizarlos en pro de un supuesto mejoramiento de la especie, no constituye una buena carta de presentación de la genética. Es justificada la prevención con que fue observada y la condena social que generó, condena que comprendió a no pocos investigadores que se prestaron a realizar experiencias contrarias a la dignidad humana*" (Bergel, 2002). La cuestión no es abogar por una moratoria al estilo de la Declaración Berg, pero la tecnociencia ha alcanzado tanto poder, que requiere estar sometida a un riguroso control moral externo representativo de genuinos intereses sociales.

Fines, medios, consecuencias y circunstancias de la manipulación genética. El hombre, entre los muchos usos que desde hace milenios ha dado a los organismos vivos, ha practicado su introducción en el control de los sistemas agrícolas, en tratamientos médicos e incluso en los procesos industriales. Ya en la Modernidad estos usos adquirieron un carácter cada vez más refinado y global, como es el caso de la vacunación, la pasteurización de la leche y la terapia con antibióticos, por solo citar ejemplos harto conocidos. No obstante, la misma evolución histórica de los antibióticos es una lección en sí misma acerca de los riesgos e inconvenientes en el uso de agentes biológicos que parece no haber sido suficientemente aprehendida. Hasta el momento, las ramas de actividad humana priorizadas por las investigaciones acerca de la manipulación genética han sido fundamentalmente la agricultura, la medicina humana y animal, así como en el mantenimiento y la recuperación de la biodiversidad, sin que se excluyan incursiones en otros campos. Todos los anteriores fines son incuestionables y perfectamente válidos en sí mismos. Se excluye de este análisis el uso de organismos modificados genéticamente con fines bélicos y terroristas, por su carácter espurio, los cuales, lejos de constituir una necesidad de la humanidad, constituyen una en extremo peligrosa degeneración carente de cualquier sustento ético que solo resta denunciar y combatir. La posibilidad de incrementar los rendimientos agrícolas, mejorar el aporte nutritivo de los

alimentos, introducirles o potenciarles determinados componentes suplementarios y curativos a productos tanto de origen vegetal como animal, constituyen logros irrefutables de las biotecnologías. Esto hace parecer injustificable el temor, e incluso el boicot, al consumo de alimentos transgénicos que ha tenido lugar en algunos países, fundamentalmente de Europa, donde estos productos hasta han sido retirados del comercio minorista. Sin embargo, en estos mismos lugares son bienvenidas terapias y medicamentos obtenidos por procedimientos propios de la genética molecular como los anticuerpos monoclonales, las vacunas recombinantes o los antibióticos de última generación. Más recientemente, las investigaciones en "células madres", la clonación de tejidos humanos y el xenotrasplante desde animales transgénicos donantes hacia humanos receptores, han venido a engrosar esta relación dado el futuro promisorio que ofrecen a la reproducción humana asistida, o a la superación del rechazo inmunológico contra los órganos y tejidos trasplantados. Incluso la acérrima polémica suscitada por el *test de hámster* recién ha eclosionado tras más de una década de cómplice aceptación (Lacadena, 2002). Todo esto apunta hacia cierta discriminación de fines de la manipulación genética como medio, en que algunos son aceptables y otros no. Esto pudiera explicarse por el hecho de que los tratamientos médicos que emplean en alguna de sus fases organismos modificados genéticamente, indudablemente operan sobre sistemas mucho más cerrados, son todavía en la actualidad somáticos, no génicos y, por consiguiente, menos intervencionistas en el orden natural. Por ejemplo, las vacunas obtenidas por biotecnologías no difieren sustancialmente de sus antecesoras, en el sentido de que solo confieren inmunidad al vacunado. Existe mayor aceptación social en el caso de tratamientos biomoleculares somáticos individualizados contra el cáncer, inmunodeficiencias, trastornos metabólicos, etcétera, mientras que prevalecen muchos reparos caso de que, como todo parece indicar, en un futuro previsible se abriese la posibilidad tecnológica de modificar definitivamente el genoma humano para conferir inmunidad o para corregir la expresión o las propensiones genéticas de enfermedades. "*Algunos críticos consideran que la eliminación de algunos genes deletéreos mediante TGG (terapia génica germinal) traería aparejado serios problemas en generaciones futuras ya que si bien hoy son considerados como tales, podrían ser beneficiosos en lo adelante*" (Khon et ál, 2004) Otra objeción contra la manipulación genética de real e inmediata implicación práctica es la cuestión del medio utilizado como vehículo, porque tanto la transgénesis como la transgenosis en sus inicios requirieron vectores virales o bacterianos para introducir la información deseada al organismo que se pretendía modificar, y estos gérmenes, una vez insertados en su hospedero, podían causar trastornos por liberación de toxinas y alergenos, o activar oncogenes. Por otra parte, los marcadores comúnmente empleados son resistentes a los antibióticos, lo que por el mecanismo de selección natural pudiera crear superplagas o hacer refractarios a estos tratamientos tanto a los propios organismos modificados genéticamente como a los naturales que con ellos interactúan. En síntesis, en el caso de las terapias correctivas o preventivas la cuestión no es esencialmente de fines, sino de unos medios no suficientemente respaldados por el principio precautorio. Por otra parte, las modificaciones genéticas introducidas a plantas de cultivo han estado relacionadas fundamentalmente con la resistencia a plagas y herbicidas, mientras que en animales ha predominado el interés por acelerar el proceso de su crecimiento y maduración. Desde la liberalización de los cultivos transgénicos en 1994, el número de hectáreas dedicadas a estos ha ido incrementándose rápidamente y ya suman millones, o sea, estamos ante un hecho consumado difícil de revertir en las circunstancias económicas y sociales internacionales actuales. Sin embargo, los resultados en cuanto a la anunciada prosperidad de los rendimientos han sido contradictorios, y si bien los cultivos transgénicos han disminuido la necesidad del uso de pesticidas, por otra parte han requerido un mayor uso de herbicidas por la polinización cruzada de sus genes resistentes con las especies naturales circundantes. "*Durante 1997 se sembraron alrededor de 7 millones de hectáreas (mha) con transgénicos, básicamente en los Estados Unidos y Argentina. En 1998 el área aumentó a 27 mha y en 1999 se estimaba un crecimiento a 60 o 70 millones de hectáreas, dado que a los productores antes mencionados se sumó China… Sin embargo en el mismo año se redujo sorpresivamente en un 25% la superficie sembrada con transgénicos en los Estados Unidos de América. Esta reducción aumentó otro 17% en el 2000 y en el 2001 el USDA (Ministerio de Agricultura de los EUA por sus siglas en inglés) no volvió a publicar los datos a petición de las compañías transnacionales*" (Oswald, 2002). De persistir la estructura agrícola internacional, estaríamos presenciando un dilema parecido al de Ulises ante Escila y Caribdis: los cultivos extensivos naturales necesitan profusamente de plaguicidas y herbicidas, y los transgénicos de estos últimos. Por tanto, ambas cosechas pueden provocar toxicidad al consumo. ¿Existen alternativas tecnológicas que permitan prescindir o reducir el uso de cultivos transgénicos ante la certeza de un incremento de la población mundial que alcanzará la supuesta cifra límite para la

capacidad de carga de la Tierra, los 10.000 millones de personas, antes de que la actual centuria sobrepase su mitad? Tanto los defensores de la agricultura “verde” como los de la biotecnológica pecan de optimismo en ese sentido. Caso de mantenerse los patrones de consumo primermundistas y la estructura del mercado internacional, ni siquiera la anunciada panacea biotecnológica librará a la humanidad de la crisis alimentaria y la hambruna. El egoísmo inherente al modelo económico imperante interfiere cualquier ejercicio de la razón. Tanto poder detentan los consorcios biotecnológicos que a pesar del trascendental paso que ha significado la aprobación por la Asamblea General de la Unesco de la Declaración Universal del Genoma y los Derechos Humanos fue imposible librar al texto final de concesiones tales como: “*Artículo 4. El genoma humano en su estado natural no puede dar lugar a beneficios pecuniarios.*” (Unesco, 1997). La formulación de este principio, aparentemente restrictivo, en realidad justifica el patentamiento de genes y nucleótidos que en su “estado natural” no se encuentran libres. La concentración y transnacionalización del poder económico son circunstancias creadas por el modelo global neoliberal que prevalecen en la cuestión de los fines abiertamente ocultos del uso comercial de la manipulación génica. Unas pocas compañías transnacionales de la biotecnología y sus megafusiones o subsidiarias se disputen el mercado internacional de los organismos modificados genéticamente, dictan las pautas mercadotécnicas, las líneas de investigación y producción, seducen o someten a los gobiernos del Norte y el Sur para evadir, violentar, o incluso evitar que se aprueben regulaciones; en fin, un poder irresponsable dominado por el único afán de las ganancias como patrón de éxito. Baste recordar la acérrima oposición del Grupo de Miami a la firma del Protocolo de Cartagena sobre Seguridad Biotecnológica devenido de la Cumbre de la Tierra. Ante las insistentes críticas, las compañías biotecnológicas han tratado de conferir una imagen diferente de la tercera generación de transgénicos haciendo hincapié en sus propiedades nutritivas, suplementarias y medicinales. En estas circunstancias de total anarquía e impunidad no puede producirse con seriedad la impostergable evaluación del papel de los organismos modificados genéticamente en el desarrollo futuro de la civilización del conocimiento.

Referencias

José Acosta. “Los organismos. modificados genéticamente. El poder blando del Tercer Milenio”, *Revista Biotecnología Aplicada,* Vol. 16, Nº Especial, 1999, pp. 25-31. - José Acosta. “Una nueva mirada al gen egoísta del mundo global”, en Carlos Delgado (editor), *Bioética y medio ambiente*, 1ª ed., La Habana, Editorial Félix Varela, 2004. - Salvador Darío Bergel. “Los derechos humanos entre la bioética y la genética”, *Revista Acta Bioethica*, Año VIII, Nº 2, 2002, p. 319. - Carlos Delgado. “Los enigmas de la vida diseñada”, en José Acosta (editor científico), *Bioética. Desde una perspectiva cubana*, 3ª ed., La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2006. - A.Khon; D. Outomuro; J. Bortz; N. I. Sánchez. “Terapia génica: ¿Tratamiento médico, eugenesia o higiene de la herencia?”, *Revista Acta Bioethica*, Año X, N° 2, 2004, p. 151.- Juan Ramón Lacadena. “Bioética global, concepto global de la bioética y manipulación genética”, *Revista Latinoamericana de Bioética,* Nº 2, enero de 2002, pp. 22-53. - León Olivé. “Los objetos biotecnológicos: Concepciones filosóficas y consecuencias para su evaluación”, *Revista Acta Bioethica*, Año IX, Nº 1, 2003, p.15.- Ursula Oswald. “Transgénicos: Una panacea o amenaza”, en Corina Heineke, *La vida en venta: Transgénicos, patentes y biodiversidad*, 1ª ed., El Salvador, Ediciones Heinrich Böll, 2002, pp. 51-88. - Unesco (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*, París, 1997.

Muerte y morir

Decía el poeta peruano César Vallejo: "*Y he visto esos enfermos morir, precisamente, del amor desdoblado del cirujano, de los largos diagnósticos, de las dosis exactas, del riguroso análisis de orinas y excrementos*...", porque "*Cruzaban así, mirando a los otros, como si más irreparable fuera morir de apendicitis o neumonía, y no morir al sesgo del paso de los hombres*". La muerte y el morir son cuestiones distintas, aunque relacionadas, y así han de ser analizadas por la bioética. Definir a una persona como muerta, desde el punto de vista médico, significa que ningún tratamiento es posible para revertir la situación de cesación de la vida. En un sentido amplio, sin embargo, al hablar de la muerte en medicina se hace referencia no solo a aquellas cuestiones ligadas a la determinación de la muerte sino también a temas tales como cuidado del paciente moribundo, prolongación de la vida, suicidio y eutanasia. La lengua inglesa ha diferenciado así la "muerte" (*death*) de un individuo, entendida como momento límite que distingue el estar o no estar vivo, del "morir" (*dying*) en tanto proceso de llegar a estar muerto y dejar la condición de ser vivo. Ambos sentidos de la muerte en medicina se vieron profundamente problematizados en la segunda mitad del siglo XX. Pero la bioética no debe tratar solo de la muerte 'médica' sino de todos y cualquiera de los aspectos morales que tengan que ver con la muerte humana en particular y con la muerte de todo ser vivo en un sentido más amplio y relacionado con la conducta humana. Por eso es que la pena de muerte (v.) y el 'genocidio' (v.) no pueden dejar de ser considerados parte de la reflexión bioética y de la posibilidad de esta para promover cambios sociales que procuren evitarlo.

La muerte natural. El artículo 103 del Código Civil Argentino dice: "*Termina la existencia de las personas por la muerte natural de ellas*". Sin embargo, el código no aclara el significado que le otorga al concepto muerte natural. El uso del término 'muerte natural' con sus principales elementos distintivos se introdujo en medicina en 1799 con la obra *Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte*, de Xavier Bichat. Se distingue allí entre la 'vida animal' gobernada por el sistema nervioso vegetativo de tipo involuntario y la 'vida orgánica' gobernada por el sistema nervioso de la vida de relación o autónomo. Con ello se deduce la distinción entre 'muerte natural' y 'muerte accidental'. En la 'muerte natural', cuyo ejemplo sería la muerte que llega en la vejez luego de un proceso prolongado de progresiva insuficiencia de los órganos vitales, primero se 'muere' el sistema de la 'vida animal' y finalmente el de la 'vida orgánica'; el corazón, como representación de la misma, es el último en morir. En la muerte accidental o en la traumática o por lesiones provocadas, tal como se entiende en la medicina forense, el corazón puede detenerse sin que medie muerte 'natural' del otro sistema. Esta concepción médica se modificó en el siglo XIX cuando se entendió que la muerte cardiopulmonar era solo un prolegómeno de la muerte 'verdadera' expresada en la 'muerte celular', según Virchow, y por tanto que había que esperar la descomposición del cadáver, y de allí las legislaciones que demoraban el entierro veinticuatro horas. Uno de los diccionarios médicos más difundidos de la época, el de Littré y Robin, sostenía en 1873, al tratar el concepto de 'muerte aparente' como suspensión de la vida animal sin interrupción de la vida vegetativa, que los signos certeros de la muerte eran la rigidez cadavérica, la ausencia de contracciones musculares, las alteraciones de los glóbulos rojos y la putrefacción. En la segunda mitad del siglo XX, a la coexistencia en la aplicación del criterio médico habitual de determinación de la muerte no dudosa por paro cardiorrespiratorio, con las exigencias legales del tiempo de espera hasta la inhumación derivadas del criterio médico de muerte celular, se sumaron los criterios neurológicos de cese de las funciones del cerebro en su totalidad (Estados Unidos), o del tronco cerebral (Reino Unido), para la determinación de la muerte que se aplica a la situación de trasplantes de órganos. Toda esa historia indica que el mencionado concepto de 'muerte natural' tiene en medicina, como tantos otros conceptos, un desarrollo ligado al estado de los conocimientos científicos y técnicos de cada época, que no es unívoco y mucho menos absoluto. Cuando los juristas utilizaron el término 'muerte natural', no solo no pudieron dejar de lado las concepciones médicas contemporáneas existentes para la determinación de la muerte, sino que debieron encontrar en ellas los fundamentos empíricos necesarios para legislar. La convención jurídica ha tomado como conocimiento para su fundamentación las convenciones médicas de cada época y ha respetado asimismo la práctica de los profesionales expertos y su saber científico-técnico en el sistema social de protección jurídica de las personas.

La determinación de la muerte por criterios neurológicos. La ley 24193 sobre trasplantes de órganos en Argentina dice en su artículo 23: "*El fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se*

verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos que deberán persistir ininterrumpidamente seis horas después de su constatación conjunta: [...]", y a continuación describe los signos que médicamente se consideran necesarios para establecer el cese irreversible de las funciones del cerebro en su totalidad. La utilización de este criterio neurológico para la determinación de la muerte no se opone a la aceptación del tradicional criterio de paro cardiorrespiratorio total e irreversible. Lo que la ley recoge es la nueva concepción médica para una definición de muerte entendida como cese total e irreversible del funcionamiento integrado del organismo humano en su totalidad. Que ese cese irreversible del funcionamiento integrado se constate por criterio cardiaco, respiratorio o neurológico, en tanto triángulo vital que requiere de cada uno de ellos para funcionar en modo integrado, es equivalente. El poder mantener la función cerebral con asistencia mecánica en ausencia de respiración espontánea y latido cardiaco, así como el poder sostener la circulación y respiración aun con destrucción completa del cerebro, ha obligado a redefinir los criterios para la determinación de la muerte. La perspectiva que considera el cese global de la actividad cerebral como criterio de muerte se centra sobre la pérdida de la capacidad de funcionamiento corporal integrado que ocurre ante esa cesación. La vida de una persona no reside en la mera sumatoria del funcionamiento de diversas partes sino en la actividad del organismo como una totalidad. Por ello es que no puede tenerse en cuenta el funcionamiento celular aislado o el de algunos órganos como el riñón o el hígado para definir la muerte. El corazón, los pulmones y el cerebro son esenciales porque, si uno de ellos se detiene, rápidamente se interrumpe el funcionamiento integrado. Pero los defensores de los criterios neurológicos para determinar la muerte pueden dividirse en dos grupos. Por un lado están los que sostienen, como Pallis y otros autores británicos, que el funcionamiento orgánico integrado requiere las capacidades de cognición y respiración. En la muerte cerebral se pierden estas capacidades y de allí que el cerebro, y en particular el tronco cerebral, sea el órgano primario regulador de la integración corporal. Por esto es que el funcionamiento cerebral tiene un papel básico para la determinación de la muerte y el cerebro aparece como órgano ordenador del funcionamiento integrado. En los Estados Unidos, sin embargo, y a partir del informe de la Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina (1982), se ha impuesto en cambio el criterio que entiende el funcionamiento integrado del organismo como centro de un triángulo entre corazón, pulmones y cerebro. Sin duda que el cerebro total tiene un papel fundamental para ese funcionamiento, pero también pueden tenerlo, según los casos, las funciones respiratoria y circulatoria. Estas pierden relevancia, sin embargo, en casos de asistencia respiratoria mecánica. Según la Comisión Presidencial, debe asegurarse entonces no solo la muerte del tronco cerebral sino también la del cerebro superior. De esta forma resultaría posible eliminar las ambigüedades e incertidumbres propias del diagnóstico troncular. Por eso en su definición dijo: "El individuo que ha sufrido tanto el cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria, como el cese irreversible de todas las funciones del cerebro en su totalidad, incluyendo el tronco cerebral, está muerto. La determinación de la muerte debe ser hecha de acuerdo con los estándares médicos aceptados". Pero aunque el criterio de muerte cerebral total se ha impuesto en la comunidad médica, los supuestos y las consecuencias de ambos enfoques del mismo han recibido importantes críticas técnicas y conceptuales.

Bioética y Derechos Humanos. El 29 de abril de 2002, la Corte Europea de Derechos Humanos dictó sentencia en el caso de Diane Pretty, paciente con una enfermedad neurodegenerativa progresiva e incurable –enfermedad de la neurona motora–, con alimentación artificial y expectativa de vida pobre y de mala calidad, que demandaba al Reino Unido por supuesta violación de sus Derechos Humanos. La paciente pedía autorización para que su esposo la ayudara a suicidarse y este pedido había sido rechazado en su país de origen (v. *Suicidio* y también *Muerte, mortalidad y suicidio*). Los Derechos Humanos que se reclamaban en nombre de la Convención Europea de Derechos Humanos eran el derecho a la vida, entendiendo su significado como disposición sobre la propia vida (artículo 2. "*El derecho a la vida de todos debe ser protegido legalmente*"), el derecho a no tener tratamientos inhumanos o degradantes (artículo 3. "*Nadie será sometido a tortura o a otros tratos o castigos inhumanos o degradantes*"), el derecho a la autodeterminación o derecho a la vida privada (artículo 8. "*Todos tienen derecho a que se respete su vida privada y familiar*"), la libertad de pensamiento, conciencia y religión (artículo 9. "*Todos tienen derecho a la libertad de conciencia, pensamiento y religión*") y el derecho a la no discriminación (artículo 14. "*El disfrute de los derechos y libertades asegurados por esta Convención debe hacerse sin discriminación de ningún tipo*"). Se reclamaba entonces en nombre de los valores y derechos a la vida, la identidad, la integridad y la libertad. La Corte entendió que el derecho a la vida como posibilidad de rechazar tratamientos de sostén vital no era análogo al de la intervención de terceros para terminar con la vida; que la protección contra tratamientos inhumanos era en

un sentido negativo y no en el de obligación positiva de no penalizar a quien brindara un tratamiento para terminar con la vida de otro; que la autodeterminación significaba el poder adoptar conductas para guiar su vida pero no para terminar con ella; que la interferencia del Estado en este caso era necesaria en una sociedad democrática para el respeto de los derechos de otros; que la libertad de conciencia de la paciente no permitía absolver a otro de su conducta; y que la prohibición legal del suicidio (más allá de no penalizarlo en las tentativas fallidas) se aplicaba a todos los individuos sin excepción. El caso Pretty forma parte de la bioética y de su relación con los Derechos Humanos. En un sentido comparativo regional, sin embargo, es importante ver los supuestos de la salud como un derecho humano básico, en ese caso europeo, y relacionarlo por ejemplo con la situación del derecho a la salud en América Latina respecto a la falta de acceso a opioides para el tratamiento del dolor avanzado en enfermos terminales (v. *Acceso al tratamiento del dolor severo*). La muerte y el morir en estos casos presenta otras facetas de la relación entre bioética y Derechos Humanos. Es claro que por el artículo 3 de la Convención Europea, y tal como se sostiene explícitamente en el caso Pretty, si la demanda hubiera sido por no acceder a tratamientos en esa situación de sufrimiento, el fallo de la Corte Europea hubiera sido favorable. Asimismo, por el derecho a la preservación de la salud y al bienestar del artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*,* así como por el derecho a la integridad personal contemplado en el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, estos numerosos casos de pacientes que padecen sin el adecuado tratamiento de su sufrimiento tienen que ser un ejemplo de la bioética crítica que debería practicarse en América Latina. Por eso es que la muerte y el morir en nuestra región nos indica la necesidad de reformular nuestra bioética para tematizar el *ethos* regional.

[J. C. T.]

La muerte y sus símbolos

Ricardo Hodelín Tablada (Cuba) - *Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Saturnino Lora*

Múltiples símbolos de la muerte. Un símbolo es una representación sensorialmente perceptible de una realidad, en virtud de rasgos que se asocian con esta por una convención socialmente aceptada. La muerte como hecho que afecta al ser humano ha tenido múltiples símbolos según la concepción teológica, filosófica o científica que se tenga del mundo. Esta heterogeneidad se debe a que las diferentes maneras de analizarla no siempre coinciden, mucho menos se complementan a plenitud. Definir a una persona como muerta presupone que ningún tratamiento médico es posible para revertir la cesación de la vida. Variado e interesante es el debate sobre la muerte y sus símbolos que invade al mundo de hoy. Múltiples símbolos se relacionan con la muerte. Para algunos constituye final (acabamiento), otros la consideran consumación (plenitud), ruptura (cambio) o transformación (realización definitiva). Históricamente las diferentes culturas y tradiciones han practicado distintos rituales simbólicos alrededor del fenómeno muerte. En la tradición judía, el signo de vida por excelencia era la respiración. Maimónides, el más ilustre de los médicos judíos, decía que "*si durante el examen del cuerpo ningún signo de respiración puede ser detectado en la nariz, la víctima debe ser dejada donde se halle, pues ya está muerta*". Sin embargo, era una antigua creencia judía que el alma permanecía durante tres días sobre la tumba –antes de la partida–, por si el cuerpo se restablecía, para volver a él. Recuérdese a Marta y a María visitando el sepulcro de Jesús, precisamente el tercer día después de su muerte. La fe en la resurrección proclamada por los judíos es una respuesta a la necesidad de justicia de Dios, en el que creen y al que se entregan. En la tradición del judaísmo ortodoxo, la vida es santificada como parte de la labor del creador y posee un valor absoluto. Si la vida está amenazada, la reflexión rabínica considera permisible infringir todas las leyes de la Torá (excepto la prohibición del homicidio, la idolatría y el adulterio) con el propósito de salvar la vida. En consecuencia, aunque la tradición ha reconocido la soberanía última de Dios, sobre la vida y la muerte, se ha mantenido abierta a los adelantos tecnológicos que ofrecen la posibilidad de prolongar la vida. Debido a este firme compromiso con la santidad de la vida, el judaísmo ortodoxo se ha mostrado muy reaccionario a aceptar los adelantos tecnológicos que parecen presentar un riesgo de acortamiento de la vida. Por ejemplo, la tradición se ha opuesto siempre al criterio de la muerte encefálica, basándose en el criterio tradicional del corazón y los pulmones. Ello ha conducido en la práctica al rechazo del trasplante de órganos, ya que las normas que rigen la obtención de órganos presuponen la validez del criterio de la muerte encefálica. Aunque un trasplante puede salvar la vida de otra persona en un sentido teológico verdadero (informado por la Torá), no se considera que el donante está muerto hasta que la respiración y la circulación cesan.

Simbologías de América Latina. En el vodú haitiano, el culto a los muertos hace posible o más bien constituye la base del culto a los espíritus. En la concepción voduista la muerte le concierne al cuerpo social y a la comunidad entera y no es un evento que ocurre para el individuo solo. Precisamente el objetivo de los ritos alrededor de la muerte consiste en hacer efectiva y definitiva la muerte real, física, del individuo, sin la cual seguiría el muerto obsesionando a los vivos. Cuando hay un muerto, uno de los miembros de la familia lanza un grito que se llama en lengua creol *ren*. Al anuncio del fallecimiento todos acuden; los vestidos y todas las pertenencias del muerto se aíslan. Esta operación significa que el acto real del fallecimiento será poco a poco, una producción de la comunidad misma. Con este acto se separa al muerto de la compañía de los vivos pues aún no está totalmente muerto, hay que ayudarlo a terminar de morir.

Los grandes cambios sociales, las grandes conquistas también han producido grandes cambios en la manera de interpretar la muerte. Así, por ejemplo, a la llegada de los españoles a México en el siglo XVI introducen una nueva concepción de la muerte, dándose una yuxtaposición de dos sentimientos que en el fondo son diferentes, ya que tanto para el azteca como para el cristiano, la vida es algo efímero y transitorio. Aunque para el hombre preshispánico el morir no implicaba la gloria eterna o la condenación definitiva, parece ser que el México antiguo no conocía el concepto de infierno. Su concepción estaba vinculada a la idea de la inmortalidad, es decir, de la indestructibilidad de la fuerza vital que subsistía más allá de la muerte; era una ley natural que ni siquiera los dioses podían violar. Para el cristianismo, por el contrario, la muerte representa el momento crítico ya que define la perdición eterna o vida gloriosa, en función de su conducta individual en la vida terrenal. Así, a través del español conquistador el nativo se encuentra frente a un nuevo concepto de muerte, donde se ponen en evidencia los cuatro fines últimos de la humanidad: la muerte, el juicio, el infierno y el paraíso. Se añade la noción de pecado como un hecho de responsabilidad individua, el cual lo puede llevar al infierno y su redención le permitirá entrar en el paraíso. La peste de 1576 o *cocoliztti* exterminó aproximadamente a dos millones de indios. La explicación dada por los frailes evangelizadores era eminentemente cristiana, relacionada con los posibles presagios de las profecías apocalípticas. Estos fenómenos explican parcialmente por qué se introducen los temas relacionados con la danza macabra y la danza de la muerte, en los murales mexicanos de la época. Con la llegada de los españoles ocurre en México una desintegración social. Conforme afirma Tickell, "*lejos de reconocer los valores de las civilizaciones que habían descubierto, sistemáticamente se dedicaron a destruirlas*". El único Dios era su Dios, las únicas creencias, sus creencias, la gran duda: ¿El indio tenía alma? Entretanto nadie dudaba de que la religión azteca era obra del mismo demonio. El resultado consistió en la destrucción de toda una sociedad, tanto en valores espirituales como materiales. Para los practicantes de los cultos cubanos de origen yoruba, la muerte no es más que otra forma de vida: cuando el individuo ha cumplido con éxitos el mandato o las tareas de depuración espiritual que le fueron encomendadas como ser encarnado; cuando además por su obra material y espiritual se cumplen rigurosamente todos los rituales funerarios. Al momento de su muerte él logrará trascender a dimensiones que lo convierten en un *Ku* o espíritu luminoso y, en posesión de esta condición o categoría, reencarnará en las esencias materiales que espiritual o energéticamente le sean afines. El concepto yoruba de la muerte concibe la existencia material como un periodo o estadio en el cual debemos trabajar arduamente por conseguir el máximo de perfección. En el espiritismo del cordón, el instante de morir no convierte al vivo en su otredad o en una alternativa distinta, exterior o siquiera distanciada de sí misma. La muerte transforma o modifica, pero no acaba ni destruye, y estas mutaciones, que potencialmente siempre son de mejoramiento, se llevan a cabo porque el hecho de morir posee, inherente a su íntima y misteriosa naturaleza, la facultad de liberar. El ser humano visto desde la perspectiva del cordón gana en autenticidad, gana en amplitud expresiva individual, alcanza el autorreconocimiento muchas veces ni siquiera logrado en vida. Todo esto es posible porque en el acto de morir se separa, se independiza el concepto social que en vida lo limitaba, aprisionaba y con frecuencia lo invitaba a simular. Para los espiritistas del cordón el límite entre la vida y la muerte, la pérdida de toda condición social, sucede en el mismo instante que se detiene la respiración, condición que define a los seres humanos durante la vida.

Referencias

P. Rodríguez del Pozo. "La determinación de la muerte. Historia de una incertidumbre", *Revista JANO*, vol. XLI, N° 1036, 1993, pp. 23-29. - C. S. Campbell. "El significado moral de la religión para la bioética", *Revista Boletín Sanitario Panamericano*, vol. 108, N° 5-6, 1990, pp. 403-413. - L. Hurbon. "El culto de la muerte en el vodú haitiano", *Revista del Caribe*, vol. 23, pp. 8-12. - C. Tickell. *Las civilizaciones de América Precolombina en la vida después de la muerte,* México D. F., Editorial Hermes, 1992, pp. 85-97. - L. Vidal. "Concepto yoruba de la muerte", en *Muerte y religión*, Santiago de Cuba, Editorial Oriente, 1994, pp. 17-21. - J. James. "La vida y la muerte en el espiritismo del cordón", en *Muerte y religión,* óp. cit., pp. 23-54.

Mortalidad materna

Maria Clara Albuquerque (Brasil) -
Universidad Federal de Pernambuco

La mortalidad materna como indicador de salud. La epidemiología tiene una larga tradición como método para el estudio de la distribución de un problema de salud en la población y para la investigación de las razones de esa distribución. El conocimiento así producido ofrece una base racional para ayudar en la elección de las intervenciones que deben implementarse, en función de la situación encontrada. Históricamente, el principal indicador para la evaluación de la salud colectiva, que todavía es el más utilizado, es el de mortalidad. Eso se puede explicar por facilidades operacionales: la muerte es objetivamente definida, al contrario de la enfermedad, y todo fallecimiento debe ser registrado. Es necesaria la identificación de los indicadores que tengan más capacidad de discriminación y que sean aplicables de modo universal a todo grupo de la población, y también es necesario el esfuerzo permanente de redefinición conceptual y de incorporación de metodologías más adecuadas para captar la dinámica de las transformaciones. Los indicadores de salud se utilizan internacionalmente con el objetivo de evaluar, desde el punto de vista sanitario, las condiciones higiénicas de los agregados humanos y también de ofrecer subsidios al planeamiento de la salud, permitiendo el seguimiento de las fluctuaciones y tendencias históricas del patrón sanitario de diferentes colectividades consideradas en una misma época o de la misma colectividad en diversos periodos de tiempo (Medronho, 2002). Se entiende por mortalidad materna la que se debe a complicaciones que ocurren en el embarazo, el parto y el puerperio; de causas obstétricas directas o indirectas. La tasa de mortalidad materna, referida a una área y periodo determinados, se calcula de acuerdo con la expresión:

$$TMM = \frac{(\text{mod} + moi)}{NV} \cdot K\,(3.11)$$

donde mod y moi representan las muertes maternas debidas a causas obstétricas directas e indirectas; NV se refiere al número de nacidos vivos; y K es una constante, potencia de 10, generalmente igual a 10.000 o 100.000 (Medronho, 2002).

La mortalidad materna en América Latina. En países del llamado primer mundo, la mortalidad materna ha disminuido de tal modo que ya no resulta más un índice adecuado de la calidad de la asistencia a la salud de la mujer (Behrman, 1986). Algo diferente ocurre en los países pobres de América Latina y el Caribe, donde la limitación relativa al análisis se debe al subregistro de muertes maternas y también al registro de los nacidos vivos; probablemente como consecuencia de la miseria, la exclusión social y la falta de atención política a los cuales están vinculados. En esos países, la mortalidad materna se debe sobre todo a causas obstétricas directas. Se destacan hemorragias (20%), toxemias (22%), complicaciones en el puerperio (15%); otras causas obstétricas directas (17%) y disfunciones resultantes del aborto inseguro (11%), aunque se cree que esta cifra es todavía más grande. El 15% restante se debe a otras causas. Aunque se registre que en América Latina el 82% de los partos son atendidos por personal calificado, este número no solamente está por debajo del de los países europeos y norteamericanos (99%), sino también tiene variaciones dentro de un mismo país cuando se comparan las regiones rurales y urbanas (Centro Latinoamericano de Desarrollo Humano, CLAP). Hay particularidades regionales que diferencian claramente a las poblaciones más vulnerables (pobreza, raza y etnia, por ejemplo los indígenas y afrodescendientes) y que ponen a las mujeres en una situación de miseria, abandono y exclusión social, lo que aumenta la "mácula ética" en la resolución de los problemas de salud pública vinculados a la mortalidad materna en América Latina y en el Caribe. En el índice de mortalidad materna, cuando este se utiliza como indicador de calidad de la asistencia, es fundamental separar las muertes maternas producidas durante o como resultado del embarazo asociadas a otras enfermedades maternas, como enfermedades cardiacas severas o neoplasias malignas. Esto requiere el análisis individual de cada muerte y su asociación a dos diferentes categorías: prevenibles y no prevenibles. Pero en ambos casos lo que parece pesar en la mortalidad materna es la llamada "ruleta social". Si, por un lado, la epidemiología presenta cifras, por el otro, la bioética permite reflexiones sobre los hechos. De un modo más específico, la reflexión sobre la mortalidad materna combina dos grandes paradigmas que algunos consideran como interdependientes. Para otros, todo lo contrario. Son los paradigmas de la Sacralidad y de la Calidad de Vida, en lo tocante al respeto de los Derechos Humanos. En América Latina y en el Caribe, cerca de 22.000 mujeres mueren por año de causas relacionadas con el embarazo y el parto. No solamente el óbito debe llamar la atención, sino también la elevada incidencia de morbilidad y de incapacitación funcional resultantes de una asistencia inadecuada a la salud, tanto en el campo de la prevención como en el campo terapéutico. Y eso incluye la inadecuada atención e incentivo a los programas de salud de la mujer, en los más variados sectores, que van desde el amamantamiento materno hasta la salud reproductiva, pasando por la cuestión de la violencia masculina contra la mujer (CLAP, 2005). Por costumbre, la

mujer en general ha sido puesta en la categoría de mayor vulnerabilidad. Sin embargo, todavía le falta la correspondiente protección. En muchas partes del mundo no solamente se les usurpa su poder, sino también se les confisca su autodeterminación en el seno de la familia y de la cultura en que viven, y así quedan sujetadas a las más violentas prácticas de daños físicos y de degradación psicológica. Por fin, al considerarse el contexto en la bioética, en tanto esta trata de la dignidad de la vida y se sitúa específicamente en el medio científico buscando la convergencia amigable entre el saber simbólico de la ética y el saber científico, al pensar sobre la mortalidad materna deben considerarse los contextos público, social y político (Pegoraro, 2003) como base para los programas que persiguen la disminución de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe.

Referencias

R. A. Medronho. *Epidemiologia,* Río de Janeiro, Editora Atheneu, 2002. - CLAP. "Resúmenes por tema. Embarazo: complicaciones", The Cochrane Library, Issue 1, 2002. - Olinto Pegoraro. *Ética e Bioética-Da substância à existência.* São Paulo, Editora Vozes, 2003.

El morir del niño

Rafael Torres Acosta (Cuba) - *Facultad de Ciencias Médicas de Holguín*

Concepto. La muerte forma parte de un proceso; no podemos hablar de la vida sin tener en cuenta que esta tiene un final, más próximo o más lejano en el tiempo. Sin embargo, a nadie se le enseña a morir, ni en la casa, ni en la escuela. La pedagogía de la muerte debiera empezar desde el comienzo de la educación. Los padres no acostumbran a hablar de la muerte con sus hijos, como tampoco los maestros con sus alumnos, pero esto es más grave todavía cuando el médico evita hablar de ello con sus enfermos, y mucho más aún que no preparen a los futuros médicos para manejar esta situación que no nos es ajena en nuestro trabajo diario. Los criterios de muerte, sobre todo en la neonatología así como en las edades pediátricas, están bien establecidos, pero hay que reconocer de modo especial en el recién nacido cierto grado de complejidad para interpretar signos clínicos, electroencefalograma, flujo cerebral, etc. Cuando al final de la vida la muerte hace acto de presencia, el moribundo, la familia y el equipo asistencial deben afrontarla. No todos la sienten de la misma manera. Para el moribundo es "su" propia muerte, para la familia es la muerte de "otro" y para el equipo asistencial es un "fracaso", un fallo de su poder.

Concepto que tiene el niño de la muerte. Lo que los niños entienden por morirse varía con la edad y el desarrollo psicológico. Algunos autores concuerdan en que el niño no tiene conocimiento de la muerte antes de los tres años de edad. Otros plantean que para los lactantes y niños pequeños que tienen inteligencia sensomotora, la muerte es simplemente la separación. Un niño de esa edad experimenta la separación de un padre a través del divorcio de la misma forma que experimentaría la muerte de un padre. La muerte no significaría más que 'no estar presente para mí'. A los tres años*,* el temor a la muerte suele ir unido al temor a la separación de los padres. A los cuatro años estar muerto equivale a estar dormido. A los cinco años piensan que morir no es definitivo y que las personas mayores pueden protegerlos contra cualquier peligro, incluida la muerte. A los seis años la idea de la muerte se hace cada día más real, pues los niños entre seis y diez años utilizan el pensamiento concreto operacional; para ellos, la muerte es real, puede ocurrirle a las personas, y es irreversible. En la edad escolar, en general, los niños son más conscientes de una muerte próxima de lo que se imaginan los adultos y desean sencillamente morir en su casa, en su habitación, en su cama, rodeados de las personas que más quieren, con la seguridad de que no los dejarán solos. Existe cierto consenso en que el niño alcanza el concepto de muerte entre los ocho y los once años, y en que los adolescentes que ya han alcanzado horizontes en la vida mueren muy angustiados cuando están conscientes; responden de manera similar al adulto aunque a menudo adquieren tonos más sentimentales. En general, admitiendo que de todos modos ni siquiera los adultos tienen una noción precisa de la muerte, podemos decir que la "no noción" de la muerte se concibe como similar a la noción de "sueño" y "partida": el niño tiene confianza en que uno puede despertar de ese sueño y que se puede volver después de esa partida. Se trata de un particular "sueño" y de un particular "alejamiento" que no se presentan como misterio ni como algo definitivo. A este nivel, el niño no sabe captar la totalidad de la cesación de las funciones ni menos aún la causa de la muerte.

Información a pacientes y familiares. En pediatría, las formas y los procesos de comunicación son variados, siempre considerando al niño y la familia como un todo, teniendo en cuenta además los distintos medios socioeconómicos y las situaciones culturales variadas, las diversas estructuras o roles y valores familiares. La información completa al paciente es relativamente reciente en la práctica médica, pero esto debe ser más bien un proceso que un reto y debe hacerse con sentido de la oportunidad. Aun así, siempre se debe decir la verdad al enfermo. En los niños, la información debe ser

siempre veraz, pero no necesariamente completa, y el médico deberá estar en disposición de dar al niño la oportunidad de preguntar y deberá responder adecuadamente sus interrogantes. La familia necesita información sobre el diagnóstico, la extensión, la naturaleza, la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, el porqué de los síntomas, la procedencia de las órdenes de "no reanimación", los métodos del manejo paliativo, los aspectos más relevantes del cuidado en el caso de su ser querido, los servicios disponibles en la comunidad, y las otras opciones que hay para la atención al enfermo terminal. La familia necesita saber también cómo manejar las diferentes preocupaciones que surgen ante una muerte en casa y, finalmente, cómo hacer los arreglos funerarios una vez ocurrido el deceso de su ser querido.

Apoyo al enfermo, seres queridos y equipo de trabajo. El apoyo fundamental que puede brindarse a un enfermo que va a fallecer consiste en el alivio del dolor y otros síntomas o signos que provoquen molestias y sufrimientos; además, se favorece la compañía de los padres. La respuesta rápida a la llamada, la presencia en los momentos de angustia, el vaso de agua fresca o la almohada bien colocada son algunas de las conductas simples dirigidas a ello. Pero también lo son el intentar distraerlo del pensamiento fijo en la enfermedad a través de actividades de diversión (juegos, lecturas de libros, etc.), el flexibilizar el periodo de las visitas e incrementar el número de acompañantes en los cubículos, cuartos o salas de hospitalización, y el autorizar la entrada de dos o más familiares incluyendo los niños. Debe intentarse, por otro lado, el control máximo de los síntomas que presenta el niño y que le son molestos: vómitos, cefaleas, dolor, dificultad respiratoria, alimentación dificultosa, utilizando para ello las vías que sean necesarias. Se evaluarán las necesidades sociales, psicológicas y emocionales del niño y, si su estado lo permite, se podrá autorizar la asistencia de una maestra domiciliaria. El apoyo a los hermanos puede resumirse en: i) dar al niño un concepto claro y no ambiguo de la enfermedad de su hermano o hermana y su causa; ii) permitir a los hermanos que visiten la clínica o el hospital; iii) designar a los hermanos a que ayuden en las tareas durante la atención en el hogar; iv) siempre que sea posible, asegurarles a los hermanos que no desarrollarán la misma enfermedad; v) darles a los hermanos oportunidades para que liberen sus sentimientos de resentimiento hacia sus padres o hermanos; vi) dar una oportunidad a los hermanos para que se despidan de su hermano o hermana cuando se aproxima la muerte. En cuanto al apoyo a los abuelos, otros familiares y amigos, debe considerarse que los abuelos necesitan que se les informe el diagnóstico de sus nietos, pero esto debe hacerse con el consentimiento de los padres. También debe informárseles sobre cómo ayudar mejor, dado que pueden llegar a estar implicados muy de cerca en la atención diaria al niño dando ayuda a los padres. Otros miembros de la familia pueden sentir la necesidad de despedirse del niño y se les debe alentar a que lo hagan si ellos creen que es apropiado. No ha de perderse de vista que es muy significativo el gran número de personas afectadas por la muerte inminente de un niño. Además de los padres, hermanos, abuelos y otros miembros de la familia, están los maestros, los amigos de la escuela y los amigos de la familia, todos los cuales necesitan un apoyo que requiere destreza y atención especial para mantenerlo. Pero junto a este círculo de relaciones del niño a quienes el pediatra tiene la responsabilidad de dar apoyo, también se encuentra su equipo de trabajo. Con frecuencia el equipo de atención incluye médicos jóvenes, internos o estudiantes de medicina que viven por primera vez una situación de este tipo. Por otra parte, las enfermeras y auxiliares de enfermería viven la muerte del niño con una sensibilidad diferente a la del médico. Por eso es que necesitan igualmente apoyo e información completa como requisito indispensable para elaborar sus propios sentimientos, sobre todo en los casos que se ha decidido suspender tratamiento o no reanimar. Finalmente, si se decide que la etapa final del morir transcurra en el domicilio, es importante no abrumar a la familia con visitas médicas y de familiares, como tampoco abandonarla. Para dar apoyo a los padres hay que ofrecerles toda la información necesaria sobre la enfermedad del niño y permitirles el contacto con su hijo. El fallecimiento del niño se les debe informar inmediatamente pero es muy importante que el personal médico trate de aliviar la culpa paterna.

El duelo. Se entiende por *duelo* la toma de conciencia intelectual y emocional de la pérdida de un ser querido. No es un estado patológico y siempre precisa un tiempo para su elaboración. También puede definirse como el conjunto de fenómenos psicológicos que se ponen en marcha en cualquier persona delante de cualquier pérdida, frustración o dolor. Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida. En líneas generales, se acepta que el duelo normal tarda unos 18 a 24 meses en resolverse. El proceso comienza, por ejemplo, cuando a un familiar se le comunica que existe una enfermedad incurable. Un objetivo fundamental en los programas de duelo es el acompañamiento a lo largo del proceso, permitiendo la expresión natural de emociones y sentimientos. Las manifestaciones de duelo son variadas e incluyen sentimientos (tristeza, soledad, añoranza, ira,

culpabilidad), sensaciones físicas (vacío en epigastrio, opresión en tórax o garganta, disnea, hiperestesia auditiva, despersonalización, sequedad de la boca, insomnio y pesadillas), alteraciones cognitivas (incredulidad, confusión, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas) y trastornos de conductas (alteraciones del apetito, conductas temerarias, retirada social, suspiros, hiperactividad, llanto, frecuentación de lugares comunes con el fallecido). En los días posteriores al fallecimiento es deseable propiciar que haya una reunión entre el equipo de atención y la familia. Ello demuestra la preocupación del equipo de salud por ellos y es la oportunidad para despedirse y agradecerse mutuamente. Permite informar y aclarar muchas dudas y temores que antes no se habían podido expresar. Este contacto debe realizarse dos o tres semanas después del fallecimiento. Se planificará otro encuentro con los padres tres a seis meses después para contestar las interrogantes que se hayan quedado sobre la muerte y enfermedad del niño. Pero es muy importante permitir a los padres hablar de su hijo, escuchando con atención y preocupación, aceptando y respetando sus sentimientos. Es la mejor terapia que puede ofrecer el médico antes y después del fallecimiento de un niño. Finalmente, el equipo que ha acompañado el proceso del morir del niño debe sostener una reunión con los demás profesionales de la institución de salud. Esta debe efectuarse una vez que hayan concluido los estudios anatomopatológicos o exámenes de laboratorios, como los cultivos u otros que puedan haber quedados pendiente, y en ella se realizará un examen exhaustivo del caso, revisando la historia clínica y señalando posibles deficiencias en su confección, las dificultades diagnósticas o terapéuticas de toda la atención en una revisión ética y científica de excelencia.

Referencia

Rafael Torres Acosta. "Aspectos éticos de la muerte en pediatría", en *Elementos para la enseñanza de la bioética*, Bogotá, Ediciones El Bosque, Colección Bios y Ethos, 1998.

Matar niños y niñas

Eva Giberti (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Matar niños y niñas constituye un antiguo ejercicio que no debe sorprendernos –aunque nos indigne–, como si fuésemos ajenos a las evidencias cotidianas que, en cualquier país y en el mundo, deja al descubierto ese oficio de matar inocentes, o de prostituirlos –que es otra forma de matarlos–, o de esclavizarlos –que es otra forma de matarlos–, o de abusarlos, incestuarlos o abandonarlos. Al lado de quienes pelean diariamente por los derechos de los chicos, los defienden y comprometen su vida y su profesión en ello, tenemos un universo de maltratadores y homicidas potenciales esperando que una criatura quede a su merced. Más vale entender esto de una vez y terminar con la visión idílica del "amor por los niños" que parecería estar a disposición de la comunidad toda. En Argentina, un niño llamado Lucas, como unos meses antes otro niño llamado Marquitos, que tenía un año y ocho meses, fue muerto a golpes por el compañero de su madre en diciembre de 2005 después de haber sido reintegrado legalmente a su familia reconocidamente brutal. Se trata de iconos de un mundo de víctimas que transita diariamente delante de nosotros. Lucas fue el patético protagonista de una situación que corresponde al ejercicio de la guarda de niños en espera de ser adoptados, cumpliendo con el tiempo previo a la adopción, durante el cual los pretensos adoptantes y el niño se conocen y conviven durante seis meses. Quienes tienen que conocer a ambas partes son los psicólogos y los trabajadores sociales que estudian las características de la criatura y de las futuras familias adoptantes, y los jueces. Los jueces tienen la máxima responsabilidad porque ellos son los que dictaminan si esa familia puede o no hacerse cargo de ese niño o niña, después de estudiar los informes técnicos. Los profesionales a cargo de realizar las visitas en los domicilios de la familia que asume la guarda tienen la obligación de hablar con él en el ámbito del grupo familiar y a solas; además de evaluar la actual situación familiar y revisar si lo que se dijo en los informes iniciales, cuando los pretensos adoptantes se inscribieron, se mantiene tal cual. Porque una cosa es lo que los futuros padres dicen durante las entrevistas para responder al informe y otra cosa es lo que sucede en los domicilios una vez que quienes no lograron engendrar han "conseguido" (palabra feroz y violenta de uso común en el ámbito de la adopción) un niño para ahijarlo. Los estudios técnicos a los que deben acceder quienes se proponen para ser adoptantes generan molestias en algunos de ellos, porque estiman que ocupan demasiado tiempo. Es el tiempo preciso para intentar discernir las características de las personas a las que consideraremos en condiciones de convivir responsablemente con una criatura. La frecuencia con que nos encontramos con personas violentas y con personalidades cuyas neurosis reclaman una psicoterapia sostenida nos excusa de cualquier tardanza. Lo grave reside en el caudal de adopciones que se organizan de manera ilegítima, aunque intervenga un juez, sin que, en oportunidades, los aspirantes a guarda aporten un diagnóstico resultante de los estudios que los organismos

oficiales proveen. Y aun así, desde esos organismos, la desinformación, el descuido y la simplificación que entraña la frase: "*Tenemos que encontrarle una familia al niño X*" conducen a errores mortales que no se justifican afirmando que hay sucesos que no se pueden prever. Una criatura en guarda debe tener una supervisión pediátrica, y los responsables por el seguimiento de esa guarda necesitan mantener contacto con ese profesional que es quien desviste al niño para revisarlo y al que no se le pasan por alto los moretones inexplicables en sus cuerpos infantiles. Los jueces, cuyos escritorios están tapados por los expedientes, también pueden decir que creían estar haciendo lo mejor. Y los profesionales intervinientes seguramente están convencidos de lo mismo. Pero los niños como Lucas están muertos. Los han matado a golpes aquellos a quienes el Estado les confió su cuidado. Y a esas personas las eligieron entre todos aquellos que ahora afirman que hay situaciones que no se pueden prever. Los profesionales tenemos recursos para sospechar de los comportamientos de determinadas familias, sobre todo si conocemos las actividades de quienes las conforman. Y en particular cuando el niño proviene de instituciones, entrenado en obedecer, callarse la boca y aguantarse lo que pueda sucederle, por elemental y primario ejercicio de supervivencia. Años de trabajo con adoptantes, jueces, profesionales y chicos adoptados permiten afirmar que no necesariamente se podrá prever, pero sí hay obligación de vigilar una vez que el Estado dijo haber encontrado una familia para una criatura. Niños en estado de adoptabilidad que, aunque algunos protesten por la afirmación, son considerados ciudadanos de segunda por haberse quedado sin su familia de origen. El trato que estos niños y niñas suelen recibir es lo que permite afirmar que, si bien no todos los jueces ni todos los profesionales piensan y operan de ese modo, así podemos referirnos sobre quienes suponían hacerle "un favor" a Lucas al encontrarle una familia. Sin haber entendido, ni aprendido, que ese es, era, "el derecho" de Lucas, defendido por la Convención de los Derechos del Niño. A niños como Lucas no se les hace favor alguno al buscarle una familia –y ya vemos de qué índole puede ser ese favor–, sino que solamente se cumple con la ley que debió protegerlo y que reclamaba una familia para él. Por eso debemos reclamar e insistir en la capacitación del personal que interviene en la vida de los chicos, cualquiera sea su rango y su especialidad. Particularmente en materia de violencia, ya que actualmente matar, violar, explotar, prostituir y drogar a niños y a niñas constituyen un eje informativo de la cotidianidad. Unas veces se trata de un niño en guarda esperando una adopción, otras veces son sus padres, en otras oportunidades el compañero de la madre: se trata de quienes en las funciones familiares intercalan el derecho de matar. Porque la paternidad y la maternidad están asentadas en sujetos que priorizan su necesidad de satisfacción y de alivio: "*Lo castigaba porque me hacía perder la paciencia, me ponía nervioso*" es una de las frases favoritas de los golpeadores y homicidas. Cuando en la práctica profesional alguien pregunta: "*¿No será gente enferma?*", desde esa práctica profesional podría responderse: "*Usted, ¿por qué piensa que son enfermos? Porque si lo fueran quedarían exculpados de sus violencias. ¿O usted supone que quien mató a Lucas solamente lo golpeaba a él? ¿A qué se debe este afán suyo por atenuar la responsabilidad de quien mata un chico a golpes?*". Y su contestación sería: "*Sí, pero siempre hay que pensar en la alternativa de la enfermedad*". Pensar en esas alternativas constituye, al mismo tiempo, la escapatoria para probar la falta de imputabilidad de quienes ejercen el supuesto derecho de golpear y de matar. De solicitar ser considerados ciudadanos con todas las garantías que la ley les otorga, desconociendo el derecho a la vida de sus víctimas. Lo desconocen, lo niegan, pero no lo ignoran; eligen "dejarse ir" en el torbellino placentero de su violencia envolvente. Esas garantías son las que no tuvieron niños como Marquitos o Lucas. Porque hay un universo consentidor, indiferente y cómplice que –contra todos los esfuerzos y prácticas de quienes no dejamos de denunciar, escribir, protestar y alertar– sigue golpeando y matando. Porque para eso existen los chicos, en tanto sujetos destinados a producir satisfacción y alivio de "sus nervios" a los adultos. Además de disponer del innombrable pero presente placer que produce el destruir vidas. Lucas y Marquitos, dos nombres para recordar, sabiendo que ambos podrían estar vivos si los responsables por ellos hubiesen entendido que la Convención de los Derechos del Niño ha sido escrita con la sangre, con los huesos quebrados y con los sexos violados de millones de niños y de niñas que están en este planeta sin haberlo elegido.

Enfermedad terminal

Andrés Peralta (República Dominicana) -
Comisión Nacional de Bioética

El enfermo terminal. En la medicina actual uno de los dilemas éticos más difíciles es decidir cómo manejar pacientes con enfermedad terminal: "[…] *hay circunstancias en las cuales el médico consciente se pregunta hasta cuándo debe o debiera luchar contra la muerte inminente, con todos los medios a su alcance*" (Basso, 1993). En estas situaciones debe prevalecer el principio de respetar los dictados de la Ley Natural en el ciclo evolutivo de

la vida humana. El enfermo terminal es aquel que padece una enfermedad grave o incurable y quien por el deterioro fisiológico de su organismo se encuentra en la fase final de su existencia. La enfermedad o síndrome terminal se define como el estado clínico que indica expectativa de muerte a corto plazo. Se presenta comúnmente como un proceso evolutivo final de algunas enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles. El diagnóstico de síndrome terminal se basa en la existencia de los siguientes factores: a) enfermedad causal de evolución progresiva, b) pronóstico de supervivencia de pocos meses, c) ineficacia comprobada de los tratamientos y d) pérdida de la esperanza de recuperación. Las fases por las que discurre la enfermedad terminal son: 1. Prediagnóstico y diagnóstico, 2. Enfermedad establecida y 3. Deterioro y declinación. Dentro de las posibles reacciones que tiene un enfermo ante la muerte se han descrito clásicamente las siguientes: choque, negación, ira/enfado, negociación, depresión, resignación y aceptación. Lo que sucede con el paciente, sucede también con la familia.

Periodos en la asistencia del enfermo terminal. Cuatro periodos bien definidos pueden caracterizarse en el manejo del enfermo terminal. 1. Asistencia tradicional desde la Edad Media: hasta el advenimiento de las conquistas sociales que posibilitaron una mejoría en las condiciones materiales de vida y un aumento importante del promedio de vida del ser humano, no había tanto problema en aceptar o convivir con la realidad de la muerte. De modo paralelo, pero no ajeno a la problemática de los pacientes terminales, continuó la tradicional asistencia en Occidente, que se había instituido para ellos desde la Edad Media: el abandono respecto a las necesidades de la cotidianidad sobre lo concreto y el énfasis en la búsqueda de lo espiritual como único camino al final de la vida. Para estos pacientes era natural, y aún hoy día lo es para muchos, el morir presa del dolor y síntomas sin alivio, pauperizados hondamente en su divina condición humana. 2. El modelo biomédico cartesiano, organicista y positivista del siglo XVII: el desconocimiento que se tenía sobre las enfermedades en general y también el desconocimiento sobre cómo se podía intervenir en ellas para controlarlas, determinaban que los sucesos que rodeaban la enfermedad terminal no fueran susceptibles de ser comprendidos ni abordados por la óptica cartesiana, organicista y positivista del modelo médico imperante. Por tanto, lo mejor era abstenerse de actuar en estas circunstancias y dejar de lado, solos y abandonados a los pacientes a la hora de morir. 3. El progreso biotecnológico (1945): al concluir la Segunda Guerra Mundial, los progresos biotecnológicos ofrecieron a la medicina la posibilidad de cruzar el límite de la vida y la muerte. Sin embargo, el resultado de la aplicación desmedida de la biotecnología no fue mejor que el abandono, y proliferó el encarnizamiento terapéutico, el uso indiscriminado de las intervenciones médicas destinadas a prolongar más la agonía, en detrimento de la vida misma, y a retardar la llegada de la muerte, el destino final y natural del hombre. 4. Los cuidados paliativos (1960): uno de los campos de desarrollo más importantes para la bioética fue sin dudas el concerniente a la atención que merecen los pacientes terminales. Esta ha sido una de las áreas de atención de salud que más significativos alcances han registrado en los últimos treinta años. Los cuidados paliativos se definen como el cuidado profesional, científico y humano orientado a atender, de modo integral, las necesidades fundamentales del enfermo terminal. Comprenden un conjunto de acciones sistemáticas dirigidas a satisfacer las necesidades existentes del enfermo terminal, en un esfuerzo conjunto de todos los actores, encaminado al mejoramiento continuo de la calidad de vida, el alivio del sufrimiento innecesario y una muerte digna. Para esta atención de los pacientes terminales se requiere la conformación de un equipo multidisciplinario que permita de manera coordinada analizar los problemas y las necesidades, ordenar las prioridades y establecer los métodos de acción con médicos, psicólogos, enfermeras, antropólogos, terapistas de rehabilitación y ocupacionales y los asesores espirituales, todos los cuales habrán de asumir responsabilidades específicas. En el ideario médico actual existe una permanente confrontación entre el concepto del hombre como medida de todas las cosas y el concepto teológico fundamental agustiniano del hombre como el camino de Dios. El diálogo bioético fundamentado en valores, virtudes y principios debe intervenir en las implicaciones ontológicas del debate, así como también en el análisis de los conceptos de eutanasia, distanasia, ortotanasia y cacotanasia.

Conceptos fundamentales para el manejo del paciente terminal. Existen cuatro conceptos fundamentales en el manejo del paciente terminal: la esperanza, la verdad tolerable, la calidad de vida y la dignidad humana. 1. La esperanza: hay que decir que una de las lecciones más importantes que aprenden los médicos al tratar los enfermos terminales es no permitir nunca que los pacientes la pierdan, incluso cuando es obvio que están muriendo. Estos enfermos manifiestan diversos tipos de esperanzas, que en muchos casos pueden ser reforzadas por la actitud del médico y otras veces debilitadas e incluso destruidas. La esperanza se define como "*el estado de ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos*". Es deber

supremo del médico cerciorarse de que las esperanzas que ha hecho concebir a su paciente no son infundadas. En ocasiones se comete el error de no decir al paciente "toda la verdad" por temor a "quitarle su única esperanza" y de privarlo quizás de la única posibilidad de la tranquilidad que a veces acompaña a la muerte cuando sigue su curso, por la "falsa esperanza" de una mejoría inalcanzable. 2. La verdad tolerable*:* en la medicina de hoy es lógico aceptar la verdad tolerable como un objetivo al que hay que atender, ya que se trata de un signo de buena práctica médica en el trato y la información al enfermo y a sus familiares. Solo cuando existe la costumbre de procurar informar a los enfermos y por tanto de haber cometido errores por exceso o por defecto, se puede adquirir la sensibilidad necesaria para comunicar a cada paciente la cantidad de información que puede soportar. 3. Calidad de vida: la calidad de vida es un concepto muy importante en el cuidado de salud y el cual debemos tener siempre presente en la enfermedad terminal. Muchos de los avances en el sostenimiento de la vida en la fase terminal de una enfermedad tienen relación con "*la satisfacción que un individuo tiene de su propia vida y de la dignidad con que la ha vivido*" (Villamizar, 1995). De acuerdo con Diego Gracia, la calidad de vida comprende por lo menos tres niveles: calidad de vida privada o de máximos, directamente relacionada con los principios éticos de autonomía y beneficencia; calidad de vida pública o de mínimos, que depende de los principios éticos de no-maleficencia y de justicia; y el criterio de excepcionalidad, que permite justificar excepciones a la norma de acuerdo con criterios de calidad, a la vista de las circunstancias que se producirían de no hacerse así (Gracia, 1996): "*En tanto la vida humana sirve para la realización de la libertad humana, debe ser mantenida con todos los medios apropiados razonables, siempre que la persona competente pueda considerar que tal proceder sirva a ese objetivo*". 4. Dignidad humana: la dignidad se define como "*la calidad o el estado de ser valorado, apreciado o respetado*". Es ese algo que consideramos poseer o que percibimos que poseen los demás. Fundamentamos la dignidad humana en los valores morales de cada ser humano con su correspondiente significado y validez intrínsecos. Este concepto nos permite afirmar que todos los seres humanos tienen dignidad: "*La dignidad no es enajenable, nadie y ninguna circunstancia puede quitarle dignidad a un ser humano. La dignidad es puramente cualitativa. No admite distintos niveles y es la misma para todos*" (Mejía, 1997).

Necesidades y derechos del enfermo terminal. El paciente con enfermedad terminal tiene necesidades biológicas de control de síntomas (dolor, desnutrición, sangrado, infecciones) y de manejo anticipado de eventos clínicos previsibles y cuidado práctico; necesidades emocionales de soporte psicológico y manejo profesional a sus temores, angustias y depresiones, y de mantener una comunicación abierta y franca para guiarlo con prudencia en la toma de decisiones; necesidades espirituales de asegurarle el soporte en sus creencias religiosas y en sus inquietudes existenciales, manteniendo la comunicación permanente en el apoyo espiritual y respetando sus creencias y valores culturales en la toma de decisiones; y necesidades sociofamiliares de soporte por sus seres queridos, de una comunicación cálida, afectiva y permanente, y de tomar decisiones compartidas teniendo acompañamiento hasta el final. Para dar respuesta a esas necesidades se ha postulado un Decálogo de los Derechos del Enfermo Terminal. 1. Vivir hasta el máximo de su potencial biológico, emocional, espiritual, vocacional y social. 2. Vivir de modo independiente y alerta. 3). Tener alivio a su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social. 4. Conocer o rehusar conocer todo lo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir. 5. Ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen. 6. Ser el eje principal de las decisiones a tomar en su etapa final de vida. 7. Derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales. 8. Derecho para hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo. 9. Derecho a que sean tomadas en cuenta las necesidades y los temores de sus seres queridos en el manejo de su proceso, antes y después de su muerte. 10. Morir con dignidad, tan confortable y apaciblemente como sea posible.

Morir con dignidad y eutanasia. "*Aquellos que sugieren que no se debe permitir jamás que una persona muera y que se debe agotar todo esfuerzo para mantener una simple vida biológica a toda costa, sin tomar en consideración el sufrimiento del paciente, actúan en contra de la dignidad humana y por ende actúan en forma inmoral. Continuar luchando contra una enfermedad que ha vencido, sin más metas que prolongar la vida, puede ser una arrogancia absurda. Esto no es muerte con dignidad*" (Sulmasy, 1997). La aceptación de la muerte propia una vez que ha llegado a ser inevitable, es aceptar la verdad de que la vida humana no tiene un valor infinito. Enfrentar la mortalidad propia es un acto a favor y no en contra de la dignidad humana. Resistir la muerte o aceptar la muerte por algo superior a la vida propia es también máximamente honorable. Morir con dignidad es morir en forma honorable, anunciando y no renunciando a la propia dignidad esencial. En cuanto a

la eutanasia, que etimológicamente es "buena muerte" y tiene una larga tradición en la historia de la humanidad, no la tiene igualmente en la historia de la medicina. Diversos factores sociales, culturales y políticos han actualizado el tema en los últimos tiempos. Su aceptación social va ligada también al eufemismo del significado del término: muerte dulce, buena muerte, muerte misericordiosa, o muerte por piedad. Pero se ha dicho que "*La eutanasia y el suicidio asistido son inmorales porque atacan los cimientos mismos del valor humano que hace posible todos los demás valores, como la dignidad inherente a la vida humana*" (Sulmasy, 1997). En la Declaración del Consejo de Asuntos Éticos y Judiciales de la Asociación Médica Americana se establece: "*El término eutanasia activa es un eufemismo para matar intencionalmente a una persona; esto no es parte de la medicina, con o sin consentimiento del paciente [...], la determinación intencional de terminar con la vida de un ser humano por otro ser humano, es contraria al ordenamiento público, a la tradición médica y a las más fundamentales medidas de los valores y de la dignidad humana*". En este tema es esencial la conciencia personal del médico bien formado en su doble función indisoluble del deber clínico y el deber ético. El juicio recto, el sentido común virtuoso y la prudencia son elementos esenciales en la toma de conciencia ante los casos y dilemas controvertibles, como la eutanasia. Cabe concluir diciendo que los médicos deben responder en forma más afectiva a las necesidades de los pacientes moribundos y expresar más compasión. Sin embargo, el afecto sin verdad no es compasión. Los pacientes moribundos necesitan que sus médicos los "sanen". Los médicos, con su actitud, deben asegurarles en todo momento que no han perdido su dignidad, que continúan teniendo valor, honor y estima. Los que mueren necesitan médicos que reconozcan que sus vidas tienen significado y valor y que, aun cuando el hombre no es un ser infinito, en él no están nunca ausentes los valores fundamentales de todo ser humano.

Referencias

D. Basso. *Nacer y morir con dignidad,* 3ª ed., Buenos Aires, Ediciones Desalma, 1993. - B. Serret. "La atención al paciente terminal", en J. Acosta (ed.), *Bioética desde una perspectiva cubana,* La Habana, Ed. Centro Félix Varela, 1997, pp. 158-164. - A. S. Rubiales, Y. Martín, M. I. Del Valle, M. I. Garavis, C. Centeno. "Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable", *Cuadernos de Bioética*, Grupo de Investigaciones en Bioética de Galicia, 1998; 9 (33), pp. 45-54. - E. Villamizar. "Atención a los derechos del enfermo terminal: la transición hacia lo cualitativo", Santiago de Chile, *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* (OPS), 1995, Nº 1, pp. 107-120. - D. Gracia. "Ética de la calidad de vida", Santiago de Chile, *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* (OPS), 1996, Nº 2, pp. 41-59. - D. Sulmasy. "Muerte y dignidad humana", Santiago de Chile, *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* (OPS), 1997, Nº 4, pp. 171-186. - D. Gracia. "El problema del sufrimiento humano. Perspectiva histórica", Conferencia en Universidad de Puerto Rico, 1999. - J. G. Mejía. "Implicaciones del tratamiento a pacientes terminales", Memorias Congreso Internacional de Bioética, Bogotá, Universidad de la Sabana, 1997, pp. 317-321. - A. H. Navegante, S. Litovska. "El paciente terminal: un enfoque epistemológico", *Quirón*, 1996, Vol. 27, pp. 42-45.

La muerte y el morir por VIH/sida

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Los enfermos terminales de VIH/sida. El caso de los presos enfermos terminales de sida es un buen ejemplo de la reformulación bioética sobre la muerte y el morir. En abril de 1996, el juez Roberto Falcone, del Tribunal Oral Federal de Mar del Plata, Argentina, falló en favor de dejar en libertad a Adrián Monterde de 24 años, enfermo de "*un cuadro avanzado de sida complicado con enfermedades intercurrentes tales como meningoencefalitis y criptococosis*" y preso en el penal de Batán, para que pudiera "*morir con la dignidad que le corresponde por el hecho de ser humano*" (v. *Morir con dignidad*). El fallo se basó en el inciso 2 del artículo 495 del Código de Procedimiento Penal Nacional (CPPN) que en los casos de condenados gravemente enfermos cuya pena pusiera en peligro inmediato su vida prevé el diferir la ejecución de la privación de libertad; en el artículo 18 de la Constitución Nacional, y en el artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 6 de la Convención Americana de Derechos Humanos, ambos de jerarquía constitucional (artículo 75, inciso 22 de la Constitución) y referidos al trato humano y el respeto de la dignidad de las personas privadas de su libertad. El 6 de mayo de 1996, dos enfermos terminales de sida del penal de Olmos en la provincia de Buenos Aires iniciaron una huelga de hambre solicitando una excarcelación extraordinaria "*para morir con dignidad*". Al día siguiente se les sumaron otros dos enfermos terminales y luego los cincuenta y cuatro reclusos seropositivos restantes detenidos en el penal, quienes pedían se considerara el antecedente de Mar del Plata del mes anterior. De los cincuenta y ocho presos infectados, once estaban enfermos y eran asistidos en una sala especial del hospital de la cárcel. De los cuatro enfermos terminales, uno –Daniel Abdala– que se encontraba en situación crítica tenía abiertas dos causas, y ante la solicitud de excarcelación en una de ellas que lo involucraba en robo seguido de homicidio con pedido de reclusión perpetua, la Cámara de Apelaciones en lo Criminal, de Morón, había negado la solicitud, pero en la otra causa un tribunal de San Isidro le

otorgaba el pedido. Pese al reclamo de misericordia del obispo de Morón a la Cámara, esta decidió trasladar al detenido a un hospital considerando que su casa no era el lugar más adecuado para su cuidado. El detenido rechazó el ofrecimiento y pidió su libertad dando al estado de los reclamos una nueva situación a la que luego se sumarían otros presos. Algunos especialistas cuestionaron el fallo que veía diferencias entre conceder o no la excarcelación de acuerdo con el tipo de delito y sostuvieron que si el derecho es el de no tener una sobrecarga en la pena todos tendrían derecho a morir dignamente; pero no encontraron derecho en solicitar la libertad.

Prisión preventiva y 'no mortificación'. También en mayo de 1996 otros fallos volvieron sobre la cuestión. Después de un fallo negativo del juez Roberto Marquevich a la excarcelación, la Cámara Federal de San Martín concedió este pedido a un procesado por narcotráfico con prisión preventiva y afectado de sida en un estadio avanzado con patología meningoencefálica y necesidad de "*cuidados permanentes difíciles de lograr en su lugar de detención*", lo que marcó una diferencia con el fallo de Mar del Plata que se había expedido sobre un preso con condena firme. Los jueces interpretaron que si bien el beneficio de la "no mortificación" del detenido en la ley es expreso para los condenados, por el principio de igualdad ante la ley y la presunción de inocencia del detenido con prisión preventiva debían equipararse ambas situaciones, a la vez que se hacía prevalecer el valor de la vida humana frente a cualquier clase de retribución por parte de los detenidos. El 9 de mayo, al día siguiente del fallo de la Cámara de San Martín, la huelga de hambre de los presos reclamando la liberación de los enfermos terminales de sida se extendió a los penales de La Plata y Mercedes y alcanzó a ciento veintidós reclusos seropositivos. Una diputada nacional presentó entonces un proyecto de declaración para que todas las instancias judiciales adoptaran un criterio idéntico al de la Cámara de San Martín.

De la conmutación de penas al cambio definitivo. El 11 de mayo, cuando se habían sumado a la huelga otros veintidós presos del penal de San Nicolás, el gobernador de la provincia de Buenos Aires admitió la posibilidad de conmutar la pena a presos enfermos terminales de sida señalando que veinte días antes ya lo había hecho en un caso. Se dijo entonces que desde 1987 habían fallecido sesenta presos infectados con VIH en las cárceles de la provincia y que existían cuatrocientos cincuenta enfermos de sida en las distintas cárceles provinciales. La realidad era que el 90% de la población carcelaria seropositiva era procesada sin condena. El 17 de mayo, sin haber obtenido respuesta a sus reclamos y con la intención de interpelar ante tribunales internacionales, los presos suspendieron la huelga de hambre con los cuatro enfermos terminales muy deteriorados en su salud. El 22 de mayo el Tribunal Oral en lo Criminal No. 18 concedió la excarcelación de un enfermo en estadio IV de su enfermedad, basándose en una aplicación extensiva del artículo 495 del CPPN ya citado. El 24 de mayo, el Presidente de la Nación firmó el decreto 528 conmutando la pena de once detenidos enfermos terminales que habían cumplido entre tres y nueve años de prisión, y estaba a la firma del presidente un decreto similar que beneficiaría a otros doce enfermos. Los supuestos éticos, jurídicos y políticos ante la muerte y el morir de quienes convivían con VIH-sida habían cambiado definitivamente.

Referencia

Juan Carlos Tealdi. "Responses to AIDS in Argentina: Law and Politics". En Stan Frankowski (ed.), *Legal Responses to AIDS in Comparative Perspective*, The Hague, Kluwer Law International, 1998, pp. 377-419.

Suicidio. Aspectos filosóficos

Julio Cabrera (Brasil) - *Universidad de Brasilia*

Síntesis conceptual (o cómo rehusar toda síntesis). Un concepto filosófico, en la medida en que responda a una necesidad profunda de organización de la experiencia humana, nunca puede ser definido de antemano, sino que se desarrollará en sus despliegues internos a medida que vaya siendo utilizado dentro de procesos reflexivos señalados. Así, lo que sea suicidio solo podrá obtenerse después de retomarlo conceptual, histórica y reflexivamente. Y aun así, al final de ese proceso, el concepto habrá sido tan solo reflexionado para que permanezca abierto y retomable, y no por haber sido encerrado en una definición. Lo único que se hace al decir que suicidio significa, literalmente, "matarse a sí mismo", es colocar la primera pieza de un juego conceptual para que alguien (uno mismo u otro) comience a pensar dentro del dinamismo irresistible del propio concepto. "Matarse a sí mismo" está compuesto por dos partes, igualmente problemáticas, que ya invitan a la apertura de esta presunta definición previa. "Matarse" (o, como pintorescamente se dice, "darse la muerte") puede abarcar muchas acciones humanas bastante distintas: un ser humano que muere tomando veneno sabiendo que lo es, otro haciendo ayuno, un tercero precipitándose desde la montaña que pretendía escalar, un cuarto que participa de una acción terrorista autodestructiva, un quinto que muere cuando otros desconectan, a pedido suyo, el aparato que lo mantenía vivo, etc. De cada uno

de ellos se podría decir que se ha “matado a sí mismo”. Pero las acciones humanas son ambiguas y abiertas, nunca se reducen a series de motivos lineales. El sentido común diría que el primer caso citado es claramente un “matarse a sí mismo”, mientras que el segundo es más incierto, oscilando entre suicidio y accidente, el tercero es casi seguramente un accidente, el cuarto una inmolación y el quinto un suicidio indirecto. Pero el factor “accidental” es recurrente y puede hacerse presente en cualquiera de los cinco casos, y hasta se podría decir que el suicidio refleja el carácter “tropezante” de las acciones humanas (Freud, *Psicopatología de la vida cotidiana*, VIII). Lo que suele alegarse como diferencial es la “intención de morir”, inclusive con independencia de los resultados (puede ser una intención exitosa o no), y tratando de dejar de lado aquel aspecto “accidental”. Pero la cuestión es que la noción de “intención de morir” es tan problemática como la de “matarse a sí mismo”. Pues también la persona que toma veneno puede no haber tenido “intención de morir”, y no está libre de la “accidentalidad” de las acciones humanas. En el caso de seres humanos que hacen ayuno (como Gandhi) o que practican deportes peligrosos (como Ayrton Senna) es muy dificultoso afirmar, con certeza, que ellos “no tenían intención de morir”, sino de, por ejemplo, hacer una protesta política o superar un récord (pues, ¿por qué esa extraña aproximación fascinada a lo que puede tan fácilmente destruir?). Y en el caso de los suicidas políticos o los que aceptan suicidio asistido, es difícil afirmar taxativamente que ellos “querían morir”, en tanto las motivaciones humanas nunca son unidimensionales, siempre están como estratificadas y en cruzamientos complejos, y nunca se sabe cuál de esas motivaciones tomará el comando de la decisión final. Esto significa que si la “intención de morir” es difícil de determinar, la noción inicial de suicidio podría o restringirse ingenuamente al primer caso o ampliarse hasta abarcar los cinco, y, por extensión, a todo tipo de caso, comprendiendo también, por ejemplo, al ser humano que continúa fumando una vez que se le ha dicho que está enfermo y que el fumar le hace mal. Como todos nosotros hacemos en nuestras vidas algo que “nos hace mal” y que sería prudente detener (desde el tipo de alimentación hasta nuestras actividades sexuales), todos los humanos, en este sentido amplio, serían, en cierto sentido, suicidas, o tendrían algún tipo de “intención de morir” (o, al menos, intención de no impedir un proceso autodestructivo). Vemos entonces que la definición inicial de suicidio como “matarse a sí mismo” tan solo sirve como jugada inicial que nos lleva al desarrollo vivo del concepto.

El segundo elemento utilizado por la definición inicial, o sea, “sí mismo”, podría tener una significación clara si “suicidio” se opusiera, pura y simplemente, a “heterocidio”, entendido como la muerte de otro ser humano diferente de uno mismo. En un sentido material, la diferencia parece nítida. Pero los procesos de autoidentidad son tan complejos como los procesos motivacionales antes citados: en qué momento puedo decir “Yo mismo” no es algo simplemente dado sino una tarea a cumplir, parte de nuestro hacernos a nosotros mismos. Tenemos que ganar el derecho de decir: “yo mismo”. Nuestra autoidentidad está profundamente tejida con la piel y la sangre de los otros, y es por eso que, cuando alguien próximo muere (sea o no por suicidio), se lleva literalmente una parte de “nosotros mismos” junto con él. Así, cuando alguien se suicida, nunca se mata tan solo a “sí mismo”, o, mejor dicho, mata precisamente a ese “sí mismo” en donde ya está, desde siempre, el otro. Esto es claro en algunos casos de suicidio, como el de quien se mata después de matar a otros o el de quien se mata para explícitamente afectar a otros con su muerte. Pero aun en los casos en que esto no ocurre, el suicidio deja siempre en los otros una mácula, un estigma, algo con lo que los otros tendrán que lidiar, un elemento que tendrán que elaborar, sea “olvidando instantáneamente” el hecho, sea “llevándolo” consigo durante el resto de la vida. Lo anterior no es una síntesis conceptual del término suicidio, sino un conjunto de razones para rehusarse a hacer tal síntesis, mostrando la problematicidad de los componentes definicionales tradicionales: “matarse”, “sí mismo”, “intención de morir”. Cualquier tentativa de definición cerrada apelará a otros términos (como “autonomía”, “acción”, “omisión”, “directo”, “intencional”, etc.) que volverán a restituir la irreducible complejidad.

El suicidio en la historia de la filosofía. Dentro del estricto dominio de la filosofía occidental, esta ha tematizado muy poco la cuestión del suicidio a lo largo de su historia. El suicidio no ha sido todavía realmente *pensado*. Ningún gran filósofo de la historia, ni clásico ni moderno, escribió un voluminoso tratado, o una obra de aliento, exclusivamente sobre esta cuestión, al menos que haya llegado hasta nosotros. El suicidio es, en parte, simplemente ignorado, en parte mencionado en algún capítulo de una obra mayor, más o menos apresuradamente, como un tema incómodo y lateral del que hay que decir alguna cosa a la luz de la filosofía que se está desarrollando. Cuando se lo aborda, se hace de una manera sustancializada, como confiriéndole al suicidio una definición clara, sin paciencia para sus aspectos y *nuances*; y se está más preocupado en juzgarlo moralmente que en comprenderlo en su complejidad. La trayectoria del tema del suicidio a lo largo del pensamiento filosófico ha sido, en su mayor parte, la historia de sucesivas condenaciones, más adecuadas para

entender cómo funcionan las respectivas categorías empleadas que para comprender lo que sea el suicidio. En la Grecia antigua, los suicidas eran privados de honras fúnebres y mutilados, y sus bienes confiscados. Los dos más grandes filósofos griegos condenaron, en general, el suicidio: Platón, por disponer de algo que pertenece a los dioses, huyendo de la prisión en donde ellos nos pusieron (*Fedón*, 62c, *Leyes*, IX, 873 c) y Aristóteles, por significar una injusticia hacia el Estado (*Ética a Nicómaco*, V, 11, 1138 a). Plotino lo considera contrario al destino e incapaz de separar adecuadamente el alma del cuerpo (*Enneadas*, I, 9); San Agustín (*La Ciudad de Dios*, I, 20-23 y 27), como pecado inaceptable en cualquier circunstancia. Santo Tomás (*Summa Theologica*, II, 2, questio 64, artículo 5), como contrario a la naturaleza y pecado mortal, ofensa a sí mismo, a la comunidad y a Dios. En la filosofía moderna, Locke lo condena *en passant* al negar que pueda existir una libertad para autodestruirse (*Segundo Tratado sobre el Gobierno Civil*, II, 6). Spinoza lo rechaza por ir contra el conatus o "perseverancia en el ser", como acto cometido por espíritus impotentes guiados por ideas inadecuadas (*Ética*, IV, Proposición XVIII, Escolio). Rousseau lo considera un crimen contra el derecho natural y el Estado (*El contrato social*, II, cap. V, y en *La nueva Eloísa*, parte III, carta 22, aunque por boca de uno de los personajes de la novela). Kant, por constituir una acción no universalizable, en la cual la persona se usa a sí misma como medio, ofendiendo la dignidad y desobedeciendo la ley moral autónoma que el ser humano se da a sí mismo (*Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, II, BA 54, y BA 66/7, *Metafísica de las costumbres*, segunda parte, I, par. 6, y *Lecciones de Ética*, "Del suicidio"). Hegel admite que el hombre es el único ser que puede querer matarse (*Principios de la Filosofía del Derecho*, Introducción, 5, y Primera parte, I, 47), pero realizar esta posibilidad es un "desequilibrio moral", solo admirable en "sastrecillos y criadas", porque el hombre, como miembro de una comunidad ética, no es dueño de su vida (I, 70). Hasta el ultrapesimista Schopenhauer condena el suicidio por no conseguir negar la voluntad de vivir que nos somete y esclaviza, siendo, por el contrario, la mayor manifestación de esa voluntad (*El mundo como voluntad y representación* I, sección 69). De manera sumaria, en uno de sus carnets de anotaciones, Wittgenstein escribe: "*Si el suicidio está permitido, todo está entonces permitido [...] el suicidio es, por así decirlo, el pecado elemental*" (*Diario Filosófico –Notebooks–*, anotación de 1.1.1917). Después de esta expresiva galería de condenaciones, podemos caer en la trampa de comenzar a buscar "defensores" del suicidio, concediendo que el mismo necesita una tal "defensa". En verdad, no se trata, como habitualmente se piensa, de estar "en favor" o "en contra" del suicidio, sino de buscar una elucidación profunda de la cuestión. Tal elucidación parece estar decididamente ocultada o negada por las condenaciones sumarias, habiendo tan solo una vaga expectativa (que aún habrá que confirmar) de que en las "defensas" del suicidio exista una comprensión más profunda de la cosa misma. En el periodo clásico, tan solo en el epicureísmo y el estoicismo –griegos y, sobre todo, romanos: Séneca (*Epístolas a Lucilio*, 4 y 12), Tito Lucrecio Caro (*De Rerum Natura*, 930-950) y Cicerón (*De Finibus bonorum et malorum*, III, 18, 60)– encontraremos argumentos en defensa de algunos tipos de suicidios: aquellos cometidos para salvar la honra, preservar la moralidad o evitar una enfermedad dolorosa e irreversible que impida una vida humana. A pesar de su condenación general, Platón ya había adherido a estas excepciones (*Leyes*, IX, 873 c). En la época posmedieval, Erasmo, en *Elogio de la locura* (1508), vincula muerte voluntaria con sabiduría y preservación de la vida con locura. Tomás Moro, en *Utopía* (1516), relata que los utopianos aceptan que los enfermos de males incurables acaben con sus propios tormentos. Montaigne (*Ensayos*, 1580 - Libro II, caps. III y XIII) considera algunos suicidios como dignos de ser defendidos y hasta encomiados. Aunque no estrictamente filósofo, el escritor y sacerdote elizabetano John Donne, en su manuscrito "Biathanatos" (1607/8), presenta la primera defensa clara de la muerte voluntaria, tratando de compatibilizarla con el cristianismo. Ya en la época moderna, David Hume, en su escrito publicado póstumamente *Acerca del suicidio* (próximo a 1750), argumenta –en una línea directamente opuesta a los argumentos de Santo Tomás– que el suicidio no puede ser considerado como una ofensa a Dios, porque tanto obedecemos su voluntad cuando nos matamos como cuando continuamos vivos; tampoco una ofensa contra los otros, puesto que el suicida tan solo deja de contribuir con la sociedad, pero no la perjudica, sobre todo si está en un estado tan miserable que ya no puede hacer contribución ninguna; por último, tampoco se ofende a sí mismo, porque cada humano conserva con gusto la vida siempre que la misma merezca conservarse, renunciando a ella tan solo cuando no se la puede vivir de modo humano. A pesar de su condenación general del suicidio en su obra de juventud, Schopenhauer acentúa, en su madurez, que el suicidio es, sin duda, un acto de la inteligencia, y que solo la voluntad quiere vivir (*El mundo como voluntad y representación* II, 19 y 41). En su ensayo "Sobre el suicidio", incluido en *Parerga y Paralipomena*, afirma que todos los argumentos contra el suicidio son errados, menos el suyo, que no lo condena como

pecado moral, sino como error. Nietzsche ocupa un lugar especial entre los pensadores que han dicho que sí al suicidio, por ser el filósofo de la total afirmación de la vida (*Zaratustra*, I. "De la muerte voluntaria"). Él ha permitido ver de forma clara que pensadores favorables al suicidio no deben ser considerados como nihilistas o denigradores de la vida, sino, tal vez, como afirmadores, y que el suicidio puede ser, en determinadas circunstancias, un aspecto de esa afirmación: "*Se debería, por amor a la vida, querer la muerte de otra manera, libre, consciente, sin azar, sin sorpresa...*" (*Crepúsculo de los ídolos*, "Incursiones de un intempestivo", 36). Albert Camus, en las huellas nietzscheanas, ha confirmado esta visión (*El mito de Sísifo* y la novela *La muerte feliz*).

Referencias

Marcos Guedes Veneu. *Ou não ser. Uma introdução à História do Suicídio em Occidente*, Brasilia, Editora da UnB, 1993. - A. Álvarez. *The Savage God. A study of Suicide,* London, Penguin Books, 1974. - Gavin J. Fairbairn. *Contemplating suicide: the Language and Ethics of Self-Harm,* London, Routledge, 1995.

Suicidio. Abordajes empíricos

Julio Cabrera (Brasil) - *Universidad de Brasilia*

Algunos abordajes no filosóficos del suicidio. Según una cierta concepción de lo que sea la filosofía, se ha considerado que las cuestiones importantes del pensamiento pasan por una primera etapa filosófica de carácter metafísico, hasta que reciben un tratamiento científico que las pone "en el buen camino", soterrando para siempre su pasado especulativo, como si la reflexión fuese una especie de arcaísmo superable. El suicidio no ha sido una excepción a este punto de vista: abordajes médicos, psicológicos, sociológicos, antropológicos, biológicos, jurídicos, históricos, económicos y estadísticos han sido presentados para explicar el "fenómeno" y ofrecerle "salidas", sean sanitarias o legales. Pero las actitudes científicas hacia el suicidio han conservado, en diferentes grados, la actitud substancializada y moralista ya presente en el abordaje filosófico, considerándolo como enfermedad, anomalía social o crimen, según el punto de vista adoptado. Es problemática esta concepción de la filosofía como mero antecedente reflexivo de la ciencia, que sugiere que la cuestión del suicidio se resuelve o es mejor tratada cuando se abandona la reflexión filosófica en beneficio de un tratamiento "objetivo". Al contrario, con eso puede perderse de vista la carne y la sangre de la cuestión misma, en la medida en que vivencias y autodeterminaciones pueden resistir al tratamiento objetivo. La filosofía aún debería ser mantenida como farol crítico del abordaje científico objetivo mismo. Desde el punto de vista médico y psicológico, el suicidio, o ya sus meras tentativas, ha sido visto como patológico, como enfermedad que precisa de observación, diagnóstico y prevención. La idea de matarse aparecería en personas que atraviesan algún tipo de "crisis", sea o no orgánicamente apoyada, durante la cual pierden el control de sí mismas (están "fuera de sí"), caen en estados depresivos, pierden el contacto con la realidad (alucinan y son presas de fantasías), y practican autoagresión como consecuencia de ese estado mórbido. Se trata de personas que precisan ser asistidas, como en el caso de cualquier otra enfermedad. Las motivaciones del suicidio suelen vincularse con diferentes manifestaciones de la frustración y la decepción, traducidas en deseos de fuga de una realidad penosa y acceso a una realidad mejor (en donde se reencuentran personas y objetos perdidos) o en deseos de castigo o venganza (afectarse a sí mismo y a los otros). Experiencias de enfermedades orgánicas graves y de pérdida de personas amadas o de objetos muy codiciados (dinero, prestigio social) son detonantes habituales de las tentativas de suicidio estudiadas por la psicología. En el tratamiento psicológico del suicidio, el tema de la depresión, la tristeza y la melancolía aparece como fundamental: en todos los que intentan suicidarse existirían estos elementos, considerados mórbidos y excepcionales, al menos en sus manifestaciones "extremas". Un ser humano se dice "deprimido" cuando está como acosado por pensamientos lúgubres y visiones de situaciones sin salida, cuando su propia capacidad de reaccionar y de luchar está adormecida o paralizada por la impotencia, el tedio y la decepción. Muchos tratamientos psiquiátricos enfrentan estos cuadros mediante la administración de fármacos funcionales (los famosos "antidepresivos", que prometen al usuario retirar la enfermedad como "con la mano"). En el psicoanálisis, que presenta una sensible superioridad reflexiva y categorial con relación a las psicologías clínicas usuales, y una visión de la muerte y el morir mucho más sutil y elaborada, los suicidas continúan siendo vistos como casos clínicos y sus problemas analizados en términos de la dificultad que los sujetos tendrían de asumir plenamente la existencia del inconsciente, y mantenerse como sujetos deseantes. El suicidio sería una especie de "desistencia" o de "despido" del sujeto deseante (en el sentido de "ser despedido" o "demitido"), producto de un previo empobrecimiento egoico, dentro de un estado afectivo de "luto". Este "despido desistente" y "enlutado" es acompañado regularmente por melancolía y depresión, ligados con sufrimiento profundo, cuadro que puede ser objeto de tratamiento

en el sentido de retomar la “causa” del sujeto, y no mediante mera acción farmacológica.

El abordaje sociológico: Durkheim. Una cuestión muy relevante para este tipo de tratamiento empírico de las “motivaciones” del suicida –lo que nos lleva naturalmente del abordaje psicológico al sociológico– es la de si las mismas están vinculadas a componentes endógenos e innatas tendencias a estados depresivos, virtualmente conducentes al suicidio, o tan solo a acontecimientos psicosociales exógenos perturbadores, o a ambas cosas. Expresado con categorías modales, se trataría de la diferencia entre un cierto tipo de “necesidad” endógena del estado depresivo presuicidio, o de un encaminarse a él a través del puro dejarse afectar por las “contingencias” del mundo (rechazos afectivos, problemas laborales, oscilaciones económicas y de prestigio, enfermedades graves propias, enfermedades y muerte de personas próximas, etc.). Este “dejarse afectar” parece siempre mediado por la particular receptividad de cada individuo (por aquello que cada individuo es capaz de hacer con esas “contingencias”), lo que impide trabajar con categorías de una universalidad omniabarcante. El depresivo “exógeno” sería una especie de mal administrador de aquellas “contingencias”, alguien que ya no consigue solucionar problemas en el mundo exterior y los transfiere al (o los mantiene en el) plano intrapsíquico, consumiendo una gran parte de su yo y desistiendo de la lucha con el mundo. En su estudio clásico sobre el suicidio –paradigma, hasta hoy, del abordaje sociológico de la cuestión– Émile Durkheim parte de esta diferencia entre lo que él denomina “factores extrasociales” y los “factores sociales” del suicidio, pero poniendo entre los primeros tanto los factores hereditarios e innatos, que él trata con relación a los “estados psicológicos normales”, cuanto los que, genéricamente, él denomina “psicopáticos”. Todos ellos, según sostiene, tienen influencia nula o muy restringida en la cuestión del suicidio. Su tesis central es que el suicidio es un fenómeno vinculado a la constitución y organización de cada forma social. Los factores “endógenos” (orgánicos o psicológicos, como la imitación, que tornaría al suicidio “contagioso”) son insuficientes para explicar el fenómeno. Desde el punto de vista sociológico, el suicidio debe considerarse como un tipo de anomalía social. Sin embargo, Durkheim es cuidadoso en no transformar esa anomalía en una monstruosidad extraña: “[Los suicidios] *no constituyen, como se podría creer, un grupo totalmente aparte, una clase aislada de fenómenos monstruosos […] Son tan sólo la forma exagerada de prácticas usuales*” (*El suicidio. Estudio de sociología*, Introducción). Esto lleva a Durkheim a aceptar una noción muy amplia de “suicidio”. Contra el punto de vista médico y psicológico, él se opone fuertemente a la idea de que el suicida deba ser un alienado mental. “Personas normales” también se suicidan, más tomando en cuenta “causas objetivas”, a diferencia del alienado, llevado por fantasías y delirios (ibíd., cap. 1, II). Utilizando exhaustivamente estadísticas y cuadros sinópticos, el autor muestra amplios grupos de suicidas en donde el factor locura está ausente: “*La tasa social de suicidios no mantiene [...] ninguna relación definida con la tendencia a la locura* [...]” (ibíd., IV). El primer motivo estrictamente *sociológico* para el suicidio sería, según Durkheim, el desprendimiento del individuo con respecto a un grupo cohesivo, por ejemplo religioso o familiar: mientras más iniciativa y libertad se deja al individuo, menos amparo e integración le ofrece el grupo (ibíd., cap. 2, IV). La religión, en particular, protege al hombre contra el deseo de destruirse, por ser ella una sociedad cohesiva. La familia constituye otra sociedad en este mismo sentido integrador y preservador (ibíd., cap. 3, II). El segundo motivo sociológico para el suicidio es, si se quiere, contrario al anterior. Así como un déficit de integración lleva al “suicidio egoísta” del individuo aislado, un exceso de integración lleva fácilmente al “suicidio altruista” de aquel que se inmola en nombre de la sociedad que representa, anulándose como individuo (ibíd., cap. 4, I). Las muertes de héroes y guerreros son consideradas como suicidios, siguiendo la noción amplia que fue adoptada antes. Un tercer motivo sociológico de suicidio es la “anomía”, la crisis (económica, familiar, etc.) de una sociedad que deja al individuo confuso y sin puntos de referencia, aun cuando se trate de una crisis de buenos resultados (cap. 5, I). En el abordaje sociológico, el suicidio es visto siempre en función del espacio de acción y decisión que la estructura social deja al individuo.

Crítica a los abordajes empíricos del suicidio. El equilibrio siempre inestable entre la estructura mortal del ser y el intramundo, común a todos los humanos, suicidas o no, instaura lo que suelo llamar una condición de “falta de sustentación del ser”, o de su “insuficiencia”, en el sentido de que el “continuar viviendo” necesita siempre algo como un refuerzo muy fuerte (altamente fantasioso) para efectivarse: el ser “no alcanza”. No podemos, simplemente, “dejarnos vivir”, porque, en ese caso, el ser nos mataría instantáneamente: debemos, permanentemente, hacer un gasto de entes suficientemente alto para poder soportar el ser (bien que lo han sabido los torturadores de Alcatraz y otras famosas prisiones del mundo, en donde la mayor tortura no consistía en lesionar el cuerpo del prisionero, sino en simplemente dejarlo solo en una pequeña celda, sin nada para hacer, en contacto con el puro ser, sin entes. Si el ser fuera algo bueno, esto no sería, para un ser humano,

la peor de las torturas). Nacemos ya en esa radical "falta de autosustentación" que no puede sino constituirse como ocultación y fuga, nunca como algo positivo, sino como *reacción*. Dentro de este cuadro, el suicidio es una respuesta posible a la falta de autosustentación del ser. En esta línea, quiero terminar dirigiendo algunas observaciones críticas a los abordajes psicológico y sociológico del suicidio, expuestos anteriormente. Los "motivos" de suicidio, estudiados por los tratamientos empíricos (deshonra, venganza, dolor insoportable, etc.), pueden ser vistos como despliegues de la situación estructural (ME, muerte estructural) proporcionada por la "mortaleza", tanto los estrictamente naturales (enfermedades) como los humanos (desconsideración). No son, pues, puramente "circunstanciales". La "depresión" o la "desadaptación social" se apoyan, en última instancia, en el *gran motivo estructural*, desde siempre presente, que hace del suicidio una posibilidad de la existencia al lado de otras. La "depresión", tan estudiada por psicólogos y psicoanalistas, es particularmente interesante dentro de esta cuestión de las "motivaciones" del suicidio, puesto que, vista estructuralmente, la condición humana debería considerarse como profundamente "deprimente", siendo enigmático que no nos deprimamos más frecuentemente por causa de ella. Por el contrario, vemos la depresión como una enfermedad eventual, cuando, en verdad, deberíamos verla como una reacción bastante natural hacia la estructura mortal del ser, que constituye nuestra condición en el mundo. Tan solo el poderoso e incansable trabajo de la ocultación del ser, a través de la creación intramundana de valores, impide verlo de esa manera. Siendo así, es discutible lo que a menudo se ha dicho del suicida, en general: que él estaría como "fuera de sí", sufriendo una "pérdida del sentido de realidad", alucinado y dominado por "ilusiones y delirios". Existen, de hecho, suicidas delirantes (y delirantes que no se suicidan), pero esto no puede considerarse definicional. Si la condición humana fue bien descrita en la sección anterior, el propio recurso al delirio y la fantasía (sea que lleven o no al suicidio) también puede estar profundamente motivado en lo real (o en su "falta de sustentación"): es algún aspecto de lo real (del ser-mortal del ser) lo que lleva a la depresión, al fantasear o al suicidio. Para continuar viviendo sí necesitamos, imperiosamente, ilusiones, fantasías y cautelosos distanciamientos de la estructura mortal del ser, para que la misma no nos hiera. Hacemos un literal "entierro del ser" bajo pesadas piedras ónticas (lo que después transforma a la filosofía en un auténtico trabajo de excavación). Entre esas ilusiones, las más eficaces son, posiblemente, las prácticas religiosas, el ejercicio de las artes y la formación de una familia. Ellas funcionan competentemente como protecciones contra el ser. Durkheim muestra cómo las personas que no tienen estos vínculos están más desprotegidas delante de la posibilidad del suicidio. Suponiendo que esto sea verdad, religión, arte y familia no niegan el carácter problemático del mundo, sino que lo confirman: el mundo es algo que se soporta mejor a través de algún tipo de delirio sustentador (artístico o religioso) y mejor acompañado que solitario (familia). Estas cosas alejan del ser, hunden en los entes, tranquilizan y hacen la vida "llevadera". Durkheim, de alguna forma, así lo reconoce en las partes más filosóficas de su famoso libro, por ejemplo cuando se refiere a la dificultad que los individuos tienen de "*soportar con paciencia las miserias de la existencia*" fuera de comunidades cohesivas (*El suicidio*, cap. 3, VI). "*El individuo, por sí solo, no es un fin suficiente para su actividad. Es muy poca cosa. [...] aun cuando sea posible ocultarnos, en cierta medida, la visión de la nada, no podemos impedirle existir; sea lo que sea lo que hagamos, ella es inevitable*" (ibíd.). Las tesis principales del libro ya muestran que si los humanos se alejan demasiado de la sociedad, corren el riesgo de suicidarse, pero que si se adaptan demasiado a ella, también; y si la sociedad sufre crisis, el riesgo del suicidio aparece nuevamente. Durkheim acaba mostrando que casi no hay ningún momento social en que el suicidio no esté plenamente motivado, que el "punto no-suicida" es inextenso. Aquí asoma la estructura mortal del ser, en medio de estadísticas y gráficos: a final de cuentas, cualquiera que sea la dirección de la organización social, el suicidio continúa allí, precisamente porque ella no es una posibilidad de tal o cual estructura social, sino una posibilidad de la existencia misma. Si la condición humana es tan trágica como la tradición filosófica siempre la presentó, mucho más que "condenaciones" al suicidio deberíamos tejer elogios y homenajes a los que consiguen continuar. Si matarse no es, casi nunca, heroico, sobrevivir siempre lo es.

Referencias

Émile Durkheim. *Le Suicide: un étude sociologique*, París, PUF, 1960. Maria Luiza Dias. *Suicídio. Testemunhos de Adeus*, São Paulo, Editora Brasiliense (2ª ed.), 1997.

Muerte, mortalidad y suicidio

Julio Cabrera (Brasil) - *Universidad de Brasilia*

Muerte y mortalidad: la "diferencia tanática". Una evaluación rigurosa de la vida humana no puede ignorar la cuestión de la "mortalidad", que debe aquí distinguirse de la cuestión de la "muerte". La dificultad en captar la condición humana en su realidad más radical, parece provenir del hecho

de verse la mortalidad, en general, como si fuera un acontecimiento de la vida entre otros (como hacer un viaje a París o elegir una profesión). Pero aunque nuestra muerte sea aquel acontecimiento puntual que decretará nuestro "ya no ser más en el mundo" en una fecha señalable, nuestra "mortalidad" ha tenido otra fecha de inicio, la de nuestro nacimiento. Nacemos-mortalmente de manera inevitable e interna, en el sentido de que nuestro surgir es ya, desde siempre, mortal; no se "tornó mortal" después del surgimiento. A la mortalidad, a diferencia de la "muerte puntual" (MP), la denomino "muerte estructural" (ME) para indicar esta relación interna entre el nacer-mortal y el morir puntualmente. Hay intuiciones en esta dirección ya en los textos clásicos de Séneca (*Consolación a Marcia*, 10, 17, 21, 22; *Consolación a Polibio*, 11; *Epístolas a Lucilio*, 24) y Tito Lucrecio Caro (*De Rerum Natura*, III, 830-1000), y reencontramos la idea en Heidegger (*Ser y tiempo*, 48). Llamo "diferencia tanática" a la diferencia entre MP y ME. La superficialidad y carácter sumario del tratamiento de la cuestión del suicidio (y de otras cuestiones vinculadas con la muerte, como la eutanasia) proviene, en gran medida, del hecho de que filósofos, sociólogos, médicos, etc., no han hecho la diferencia tanática (para ellos, hay tan solo muerte puntual, no hay la mortalidad). Sostengo que si hacemos un análisis de la condición humana a partir de la diferencia tanática, comenzaremos a ver la cuestión del suicidio de una manera menos enigmática, morbosa y superficial, en la medida en que seamos capaces de conectar el acto suicida con las motivaciones *ontológicas* del "matarse a sí mismo", y no tan solo con las motivaciones circunstanciales ónticas ("cansancio de la vida", tedio, fracaso profesional, pobreza, todo aquello únicamente vinculado con entes y con la muerte puntual).

La muerte como consumación del ser. Siendo que todo cuanto nace, nace dirigido hacia la muerte, toda naturaleza es "mortaleza"; el surgir es ya una orientación hacia el desgaste, la mengua y el fenecer, la MP es la consumación ontológica de una estructura que fue dada en el nacimiento-mortal, y no trae novedades. La muerte no es, pues, interrupción adventicia de un ser "destinado a la vida", sino la consumación estructural del particular modo de ser del ser-nacido humano. Tal consumación no tiene fecha, ni depende de eventos intramundanos, nunca está atrasada o adelantada, no es prematura ni tardía. (La muerte puede ser prematura, pero no, ciertamente, la mortalidad). El nacer-mortal no significa, simplemente, desaparecer (MP), sino haber sido colocado en el roce y la fricción, desgastarse progresivamente desde el nacimiento, disminuir, desocupar, sufrir disfunciones, deteriorarse. No se trata tan solo de problemas con la "naturaleza", sino también con los otros seres humanos que, igualmente "puestos en fricción", desarrollan siempre relaciones "estranguladas" (en espacios estrechos) unos con los otros, aun cuando sean bien intencionadas. Al nacer, somos colocados dentro de un conglomerado de seres que también tienen que decidir cómo lidiar con la mortalidad de su ser. Esto suele llevar a un aflojamiento de las relaciones morales de consideración mutua, debido a la escasez del espacio de convivencia. La situación mortal coloca a los humanos en un *medium* ansioso y agresivo, en donde cada minuto cuenta, en donde los otros están, frecuentemente, en nuestro camino, y debemos dispensarlos para poder continuar, en donde una fuerte valorización de sí mismo es indispensable para crear la autoestima sin la cual no conseguiríamos seguir. Así, como Schopenhauer lo vio, el dolor es intrínseco al existir, y se da no solamente en un sentido físico, sino también en el sentido moral de la inhabilitación.

El suicidio como realización estructural. Visto en esta perspectiva, un primer pensamiento sobre suicidio como posibilidad de la existencia es que el suicida no trae al mundo nada que ya no esté en él. Tan solo realiza, dentro de un acto determinable, la misma estructura que está allí para ser realizada desde siempre. El suicida no tiene la fuerza de instaurar nada. En la medida en que ME no tiene fecha, tampoco "anticipa" nada. Si estuviéramos realmente "dirigidos a la vida" (como habitualmente se piensa dentro del pensamiento afirmativo vigente), el suicidio sería insurgente, porque perpetraría un acto fuertemente contrario a la dirección normal de las cosas. Creo, por otro lado, que si fuera así, si estuviéramos realmente "dirigidos a la vida", posiblemente no habría tantos suicidios, o no los habría en absoluto. En nuestro mundo, por el contrario, los hay en tan alto número precisamente porque ellos constituyen una posibilidad del existir perfectamente sintonizada con la dirección mortal de nuestras vidas, dada la conexión interna entre el nacer-mortal y MP.

El suicidio como rechazo de la producción mortal de los valores. Un segundo pensamiento es el siguiente: en la habitual perspectiva óntica, los valores humanos (religiosos, artísticos, científicos, etc.) son celebrados como algo que surge después del nacimiento y dura hasta nuestra muerte (entendida como MP), pero nunca es objeto de evaluación el propio hecho de que seamos obligados a crear esos valores entre dos plazos (*deadlines*, en la feliz expresión inglesa), el de nuestra muerte y el de nuestra mortalidad, y no siendo libres para no crearlos. En este contexto, claro que cualquier idea de "matarse a sí mismo" debe verse como "enigmática" o patológica: ¿Cómo alguien podría

justificadamente eliminarse en medio de los ruidosos placeres del intramundo? Pero la motivación suicida no tiene que ver con ellos, sino con aquello que obliga compulsivamente a crearlos. El suicida no es alguien que dice: "*No me agradan los valores intramundanos*", sino más bien alguien que dice: "*No me agrada continuar creando, bajo estas condiciones, los valores intramundanos que tanto me agradan*". No son los valores lo que él rechaza, sino su producción mortal. Es la fuente lo que se seca en el acto suicida, no el manantial que fluye de ella. Es posible amar intensamente la vida y los valores que en ella seamos capaces de crear, y, al mismo tiempo, detestar la idea de que ellos (la vida y los valores) deban ser inexorablemente carcomidos y finalmente destruidos.

El suicidio como ruptura de un equilibrio inestable. Un tercer pensamiento es que la motivación ontológica del suicidio tiene que ver con la ruptura de un equilibrio siempre inestable *en cualquier ser humano*: el equilibrio entre la estructura mortal del ser y la creación intramundana de valores. Cualquier ser humano acepta vivir mientras la creación intramundana de valores predomine clara y expresivamente sobre la estructura mortal de su ser, y piensa en el suicidio, de manera normal y plausible, cuando el equilibrio se rompe en la otra dirección; en los casos extremos, hoy exhaustivamente estudiados por la bioética, de plena consumación del ser-mortal (enfermedades terminales dolorosas e irreversibles) y total imposibilidad de continuar creando valores en el intramundo, una enorme cantidad de personas (tal vez la mayoría) piensa plausiblemente en "matarse a sí mismo", o en permitir que alguien lo mate. Esto no es patológico (como sostiene la posición antisuicida) ni excepcional (como cree la posición prosuicida), sino la reacción más natural y comprensible delante del total predominio de la estructura-mortal, ganada al nacer, sobre la capacidad de ocultación de la mortalidad, definitivamente lesionada.

Vida buena, amor a la vida y suicidio. Como ya he mostrado en la "galería nihilista", la idea de que la vida humana es "buena" ("a pesar de todo", como sombríamente se dice) es altamente problemática, y enigmática ella misma. Posiblemente se generó a partir de la constatación de la bondad de los valores que los humanos somos capaces de crear, con mucho esfuerzo y poca recompensa, dentro de un intramundo siempre acuciado por la mortalidad del ser. En la curiosa idea de que la vida es "buena", ya se contabiliza la indispensable contribución humana, como reacción a un elemento negativo estructural que no entra en la evaluación. Como consecuencia de esto, también es problemática la idea intuitiva y corriente de que los humanos quieren continuar viviendo porque "aman la vida". Es difícil entender cómo esto sería posible si la vida es desde siempre la búsqueda ansiosa de un equilibrio inestable, y tal vez imposible, entre la estructura mortal del ser y la creación intramundana de valores. ¿Cómo se podría "amar" o querer perpetuar esta ansiedad y esta inestabilidad? También aquí es necesaria alguna forma de genealogía de la idea vulgar: se ha confundido la ansiedad o avidez con que los humanos se agarran a la vida con un aprecio de su "valor", o con una forma de "amor". Pero podemos aferrarnos ansiosa y desesperadamente a algo sin reconocerle un valor ni sentir amor por ello. (Aquí, expresiones como "hambre de vivir" o "sed de vivir" parecen más apropiadas que "amor a la vida"). Este es el ambiente existencial en donde muchas personas deciden continuar viviendo y muchas otras deciden suicidarse. Un ambiente mucho menos acogedor que el que habitualmente se nos presenta, y cuya descripción puede ayudar a disminuir la distancia y el extrañamiento entre "suicidas" y "no-suicidas", y criticar su sustancialización.

Referencias

V. Cosculluela. *The Ethics of Suicide,* New York, Garland, 1995. - Edwin Schneidman. *The Suicidal Mind,* New York, Oxford UP, 1996. - Julio Cabrera. *Crítica de la moral afirmativa*, Barcelona, Gedisa, 1996. - André Comte-Sponville. *Impromptus*, París, PUF, 1996. - Thomas Nagel. *Mortal Questions*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985 (7ª ed.). - Peter Singer. *Rethinking Life and Death,* New York, St. Martin's, 1994 (traducción española, *Repensar la vida y la muerte,* Barcelona, Paidós, 1997). - Thomas Szasz. *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*, Syracuse, Syracuse University Press, 2002.

Homicidio piadoso consentido

Luis Guillermo Blanco (Argentina) - *Colegio de Abogados de Santa Fe*

Homicidio piadoso, eutanasia y suicidio asistido. Conceptuar al *homicidio piadoso,* pietístico, por piedad o por compasión –también llamado homicidio misericordioso o altruista– (que es una figura de derecho penal) y atender a sus consecuencias jurídico-penales, especialmente cuando es consentido, requiere diferenciarlo claramente de la eutanasia y del suicidio asistido. De conformidad con los conceptos dados por las asociaciones que defienden su práctica y por las leyes que la contemplan (v. gr. Holanda), reservamos el nombre de *eutanasia* –única y exclusivamente– para la acción médica con la cual se pone fin en forma directa a la vida de un enfermo próximo a la muerte y que así lo solicita, para lograr de este modo dar término a los padecimientos (dolor, sufrimiento, angustia) de su agonía. En otros términos, la eutanasia significa la provocación de la muerte, efectuada

por un trabajador de la salud (frecuentemente un médico), de un paciente portador de una enfermedad que le acarreará la muerte próxima (pudiendo contarse en horas o días en los casos agónicos o moribundos y en semanas o meses en los que estilan ser denominados como "terminales"), a su requerimiento (su voluntad explícita en tal sentido) y en su propio beneficio (evitar un deterioro de la calidad de vida o un padecimiento que ese paciente no desea soportar), por medio de un procedimiento absolutamente seguro en cuanto a que su aplicación producirá el resultado esperado en un tiempo mínimo y sin provocar sufrimiento: la administración de un veneno o una droga en dosis tóxica mortal (de ordinario, una inyección letal). Con ello, quedan excluidos del concepto de eutanasia tanto la negativa informada de un paciente a una práctica médica aconsejada que podría preservar su vida, como la abstención y el retiro de medios de soporte vital –temperamentos mal llamados "eutanasia pasiva" voluntaria e indirecta (expresión impropia que, por ser de estilo, en ocasiones empleamos para que se entienda acerca de qué estamos hablando, tal como lo hicimos en la voz "Morir con dignidad")–. En tanto que, si no se prestase arbitrariamente (dolosa o culposamente, por impericia o negligencia) a un paciente un tratamiento disponible cualquiera, ordinario, proporcionado o debido, no corresponde hablar aquí de eutanasia "por omisión" (indirecta e involuntaria: para el paciente), sino que estaremos ante un delito de abandono de persona o de homicidio culposo o doloso. En cambio, en la *ayuda o asistencia al suicidio* (que es un delito penal) es el propio interesado, sano o enfermo –en este último caso, sea que lo aqueje o no una enfermedad en estadio terminal–, quien recurre a medios letales para suprimir su vida (v. gr. un arma blanca, un "cóctel lítico"), los cuales le son proporcionados por otra persona, siendo punible esta última por haber cooperado con actos necesarios para la consumación de esa muerte –v. gr. el conocido caso de Ramón Sampedro: una persona tetrapléjica que se suicidó mediante la ingesta de veneno, que le fue allegado por otra persona (España, 1998)–. En tanto que en el suicidio asistido por un médico (o suicidio médicamente asistido: SMA), es este último quien pone al alcance del paciente el mecanismo o la droga necesaria para provocar la muerte que es finalmente instrumentada por el mismo paciente (v. gr. el empleo del aparato llamado "Merictron", ideado por Jack Kevorkian). No obstante, en algunas legislaciones, ante la petición expresa de una persona que sufre una enfermedad grave que lo llevará necesariamente a su muerte, o que le produjo graves padecimientos permanentes e insoportables, la pena para el autor de ayuda al suicidio resulta atenuada.

La figura penal del homicidio piadoso. El homicidio piadoso –matar a otro para liberarlo de un padecimiento insoportable–, que es un delito doloso, parte del concepto de homicidio para atenuar la sanción o despenalizarlo en tales circunstancias. Se encuentra contemplado como homicidio atenuado en Perú (Código Penal, artículo 112: "*El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años*"); Costa Rica (Código Penal, artículo 116: "*Se impondrá prisión de seis meses a tres años al que, movido por un sentimiento de piedad, matare a un enfermo grave o incurable, ante el pedido serio e insistente de éste aun cuando medie vínculo de parentesco*"), y Paraguay (Código Penal, artículo 106: "*El que matare a otro que se hallase gravemente enfermo o herido, obedeciendo a súplicas serias, reiteradas e insistentes de la víctima, será castigado con pena privativa de la libertad de hasta tres años*"). El Código Penal del Uruguay lo contempla como causa de no punibilidad: los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo (perdón judicial: artículo 127) "*al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio efectuado por móviles de piedad, mediando súplicas reiteradas de la víctima*" (artículo 37). Más allá de sus términos imprecisos (v. gr. un enfermo de diabetes es "incurable" pero no por ello "terminal"), en todos estos supuestos, la ley requiere el pedido del afectado que sea un enfermo "incurable" –que además debe padecer dolores– (Perú), o "grave o incurable" (Costa Rica), y que el afectado se "hallase gravemente enfermo o herido" (Paraguay). Luego, no necesariamente ha de tratarse de una persona que se encuentre agónica o en el estadio terminal de su enfermedad, extremos estos últimos que no son requeridos por el Código Penal uruguayo en cuyo tipo penal (al igual que los anteriores) quedaría comprendida una persona cuadripléjica. Por consiguiente, dada la amplitud de dichos tipos penales, la diferencia con la eutanasia es evidente. Y en el supuesto en que en tales países aconteciese una práctica eutanásica en sentido estricto, este acto quedará comprendido en la figura penal referente al homicidio piadoso. Tampoco cabe confundir, además, el homicidio piadoso con el *homicidio a petición* (también llamado homicidio a ruego), pues el primero puede tipificarse como tal sin necesidad de pedido del afectado. El segundo, en tanto, no necesariamente requiere que aquel padezca alguna enfermedad o las consecuencias de un accidente, ni que sufra dolores físicos. Por ejemplo, el artículo 216 del Código Penal alemán lo contempla en los siguientes términos: "*1. Si el autor ha sido determinado a realizar el homicidio por la petición expresa y seria de quien es muerto, se*

impondrá una pena privativa de la libertad de seis meses a cinco años. 2. La tentativa es punible". Siendo que este precepto solo requiere que la petición expresa de la víctima sea "seria", esto es, bien reflexionada y dotada de fundamentos aceptables. Por lo cual comprendería el caso de una persona físicamente sana para quien la vida, por el motivo plausible que fuera, ha perdido todo sentido. El artículo 257 del Código Penal de Bolivia, referente al homicidio piadoso, corrobora lo hasta aquí expuesto: "*Se impondrá la pena de reclusión de uno a tres años, si para el homicidio fueren determinantes los móviles piadosos y apremiantes las instancias del interesado, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales probablemente incurables, pudiendo aplicarse la regla del artículo 39 (atenuantes especiales) y aun concederse excepcionalmente el perdón judicial*" (contemplado en el artículo 64).

El caso del homicidio piadoso en Colombia. El artículo 326 del Código Penal de Colombia dispone que: "*El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de tres meses a seis años*". De su simple lectura resulta que este precepto punitivo no requiere el pedido ni el consentimiento del sujeto pasivo (la "víctima") para que se tipifique tal delito, cuya escala penal es menor a la establecida para el homicidio simple (artículo 323: de diez a quince años de prisión) y obviamente para el homicidio calificado por "circunstancias de agravación punitiva" (artículo 324: de dieciséis a treinta años de prisión). También se observa que contempla tres casos diferentes: falta de expresión de voluntad de la víctima, su oposición a ser asesinado, y su solicitud y consentimiento para que lo hagan morir. Pero esa distinción resulta relevante a los fines de la graduación del monto de la condena a imponer por el órgano jurisdiccional interviniente en cada caso. Esa condena, apriorísticamente, podría o debería ser mínima en caso de petición y anuencia –la primera implica, de cierta forma, la prestación de la segunda– del sujeto pasivo, y prudentemente merituada en caso de silencio suyo, según las circunstancias del caso. Esto nos permite dudar de la virtualidad de esta norma en caso de que el homicidio piadoso se cometiese en contra de la voluntad de la víctima –es decir, en contra de su autonomía decisoria y de su dignidad, caso este último en el cual nos parece que la conducta del homicida merecería una distinta consideración penal–. Como la eutanasia siempre es voluntaria –con lo cual se descarta tanto el silencio del afectado como su oposición a tal práctica–, y siendo además que dicho artículo 326 comprende claramente otros casos (v. gr., si por causa de un accidente de tránsito un conductor quedase aprisionado en su automóvil, entre fragmentos metálicos, inconsciente, mutilado y calcinado, pero vivo, y alguien lo matase con algunos disparos de un arma de fuego, la tipificación del homicidio piadoso se encuentra fuera de duda), es también aquí clara la diferencia entre la primera y el homicidio piadoso. Ahora bien, en su sentencia del 20/05/1997 (plena de imprecisiones conceptuales, tales como equiparar la "eutanasia activa indirecta" a los cuidados paliativos, circunscribiéndolos a la narcosis, etc.), la Corte Constitucional de Colombia, además de declarar la exequibilidad (constitucionalidad) de dicho artículo 326, otorgando una especial relevancia a la voluntariedad y al consentimiento informado dado por un enfermo lúcido, en estadio terminal y acosado por dolores y sufrimientos insoportables, a una práctica eutanásica por él requerida (no así, curiosamente, al dado por ese automovilista accidentado de nuestro ejemplo, condenado a una muerte cruel), estableció que, conforme a la reinterpretación de la normativa penal que la Constitución de 1991 obligaba a efectuar, no puede haber oposición a la decisión y solicitud expresa de ayuda para morir formulada por un paciente "terminal", elevándola a causal de atipicidad si el sujeto activo es un médico. Por lo cual en tales circunstancias no existe responsabilidad para el médico que acoja tal petición, ya que su conducta resulta justificada y queda desincriminada de dicho artículo 326. De tal modo que, a la fecha, en Colombia continúa rigiendo una norma penal referente al homicidio piadoso, en tanto que, en los términos arriba apuntados, la eutanasia (en sentido estricto) queda al margen de tal precepto y constituye un hecho lícito. En otras legislaciones –como la argentina, que no contempla el homicidio piadoso–, la eutanasia stricto sensu y el homicidio por piedad (solicitado o no) quedan comprendidos en el tipo penal del delito de homicidio (artículo 79 y ss., Código Penal), y el suicidio asistido –por un médico o no– quedaría punido por la figura del artículo 85 del Código Penal (instigación o ayuda al suicidio). Tales hechos, sin embargo, podrían llegar a configurar el tipo atenuado del homicidio en estado de emoción violenta (artículo 81, inc. 1°), debiendo considerarse siempre las circunstancias atenuantes y los motivos que determinaron al autor, así como también sus circunstancias personales (artículos 40 y 41, inc. 2°), a los fines de la determinación del tiempo de la condena, en su caso. Y ello en cuanto y en tanto se inicie la investigación penal del caso, puesto que sin denuncia no hay ni proceso ni, es obvio, sentencia de condena (o absolutoria). Es así que en Colombia han acontecido algunos casos de homicidio por móviles piadosos (v. gr., cuando la tragedia

ferroviaria de Alpatacal, en 1927) de los que no se instruyó proceso alguno. De este modo queda claro que sin perjuicio de lo que éticamente pueda considerarse con respecto al homicidio piadoso, su tipicidad dependerá en definitiva de su contemplación –o no– por el ordenamiento jurídico del país de que se trate, como que es aquí la ley la que ha de indicar cuándo y en qué condiciones puede darse –o no– ese tipo penal (o efectuarse lícitamente una práctica eutanásica o un suicidio médicamente asistido). En general, en materia de homicidio piadoso, desde el momento en que el afectado solicita que lo maten y el autor del hecho así lo hace, puede decirse válidamente que se trata de un homicidio piadoso consentido, sea que esto último se efectúe en el marco de una situación propiamente eutanásica o no. Y abstracción hecha de que en ocasiones se practique (aún veladamente) la eutanasia, lo cual, de no trascender al ámbito jurídico, quedará en la conciencia de sus partes actoras. Un ejemplo histórico de ello es la muerte de Sigmund Freud, pues fue su médico particular (Max Schur) quien le inyectó las dosis mortales de morfina tal como lo habían acordado años antes previniendo que la situación que padeciera Freud (un cáncer de mandíbula, 33 operaciones, 16 años de dolor, a la fecha de su muerte el 23 de septiembre de 1939) lo tornase necesario. Lo fue y fue un acto eutanásico. Habría sido un homicidio piadoso consentido si la ley lo contemplase como tal, y un homicidio en caso contrario.

Referencias

Roberto Arribère e Isabel del Valle. "La eutanasia y la necesidad existencial de la muerte", en Luis G. Blanco (comp.), *Bioética y Bioderecho. Cuestiones actuales,* Buenos Aires, Editorial Universidad, 2002, pp. 377-408. - Luis G. Blanco. "Homicidio piadoso, eutanasia y dignidad humana", Buenos Aires, *Revista Jurídica La Ley*, tomo 1997-F, pp. 509-527. - Carlos R. Gherardi. "Eutanasia", en *Medicina*, Vol. 63, Buenos Aires, Sociedad Argentina de Investigaciones Clínicas, 2003, pp. 63-69. - Günther Jacobs. "Sobre el injusto del suicidio y del homicidio a petición", Bogotá, Ed. Universidad Externado de Colombia, 1996. - Luis F. Niño. "Eutanasia. Morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales", Buenos Aires, Editorial Universidad, 1994.

Eutanasia

Leo Pessini (Brasil) - *Centro Universitario São Camilo*

Sobre el significado del concepto. Una profundización ética de la eutanasia que vaya más allá de argumentaciones simplistas a favor o en contra exige que se consideren algunos criterios éticos fundamentales implicados cuando se aborda la cuestión a partir de la realidad en que la vida humana acaece, en el caso específico de América Latina. Es necesario discernir algunas pistas que implementen celo, protección de la dignidad humana, como también instituir en la práctica médica una acción que respete la persona humana en su dignidad y que no considere la dimensión física como un "absoluto biológico". Emerge aquí una búsqueda de entendimiento de la dignidad de morir y también una protección contra un hipertecnicismo que gana cada vez más fuerza y que degrada la vida humana. Es importante subrayar que, subyacente a toda esa problemática, se pregunta qué se entiende cuando se habla de eutanasia. Ese concepto ha pasado por un cambio de significación semántica a lo largo de los siglos. Se puede constatar una gran confusión en lo que se refiere al significado del concepto de eutanasia. Entendida como la ayuda atenta que el médico atento prestaba al paciente en fase terminal proporcionándole una "buena muerte" en toda la Antigüedad, a partir del Renacimiento y más específicamente después la difícil experiencia de la Segunda Guerra Mundial adquirió un significado negativo, como abreviación o interrupción de la vida humana. En la literatura especializada se hace la distinción entre eutanasia voluntaria, directa, positiva y activa, por un lado, siempre temida (legalizada en Holanda y en Bélgica en 2002 y el suicidio asistido legalizado en Suiza y en el estado de Oregon, Estados Unidos) y, por otro lado, eutanasia pasiva, indirecta o negativa, comúnmente aceptada. La tendencia actual es de reservar el término eutanasia para caracterizar específica y solamente las situaciones especialísimas en que voluntariamente se acorta la vida, en situaciones intolerables de dolor y de sufrimiento. Todas las otras situaciones de fin de la vida deberían ser discutidas bajo la llave de lectura de "morir en paz y con dignidad".

Los elementos del debate y su contexto. La eutanasia es uno de los grandes desafíos, entre los temas ligados al final de vida digno, de la bioética en la contemporaneidad. Vista desde el contexto sociohistórico y cultural de la realidad en que gana cuerpo y es debatida, entran en escena varios elementos, que se superponen mutuamente, entre los cuales subrayamos: a) El proceso del morir: pasamos históricamente de una convivencia pacífica, de una actitud de aceptación de la muerte, a la negación sistemática de la misma. Los profesionales e instituciones de salud cumplen rigurosamente su papel de preservar la vida, luchando con virtud contra el "enemigo" muerte. Esta siempre es una presencia incómoda, reveladora de un límite frente al cual el ser humano se siente impotente y es siempre vencido. El paciente que ya no tiene más posibilidades terapéuticas es en gran parte marginado por ser un recuerdo vivo de la contingencia y de la mortalidad humanas. El rechazo de reconocer la muerte como parte de la

vida tiene como consecuencia el abandono y la exclusión de aquellos que más de cerca nos recuerdan el fin, las personas más viejas, los portadores de deficiencias y los pacientes terminales. b) Los avances tecnocientíficos en el campo de la medicina y de la salud: estos intervienen profundamente en la vida humana, desde antes del nacimiento hasta el momento de morir, creando desafíos jamás vistos en la historia humana. Desde esos avances ha quedado obsoleta la definición tradicional de la muerte como cesación de las actividades cardiorrespiratorias y se introdujo el concepto de muerte encefálica. Afirmar que alguien está muerto no es tan fácil y evidente como lo era antes; ahora son necesarios aparatos específicos (electroencefalograma) y especialistas (neurólogos). La muerte pasó a ser medicalizada y definida como un fenómeno eminentemente técnico. La ciencia médica pasó a detentar un poder y un saber que pueden prolongar la vida y posponer la muerte de manera indefinida y, muchas veces, termina solo por prolongar un penoso proceso de sufrimiento y de agonía, más que la "vida" propiamente. La prolongación extraordinaria de la vida, posible por medios técnicos, provoca el surgimiento de la reivindicación de la eutanasia frente a la obstinación terapéutica. El antiguo pedido de los agonizantes "*Sálveme, doctor*" se ha transformado en "*Sálveme de los aparatos, doctor*". La muerte pasó a ser tratada como si fuera una enfermedad para la cual hay que encontrar la cura, olvidándose que podemos ser curados de una enfermedad clasificada como "mortal" en el actual estadio de la humanidad, pero no de nuestra mortalidad. c) La abolición del dolor y la búsqueda de un sentido de la vida en situaciones de dolor y de sufrimientos intolerables: es una cuestión crucial en la contemporaneidad. Por eso surgen las Asociaciones de Derecho de Morir con Dignidad (anteriormente denominadas asociaciones de eutanasia), por un lado, y se implementa la filosofía de cuidados paliativos y *hospices* en muchos países, que reivindican, por diferentes caminos, el derecho a morir con dignidad, revelando con eso una cierta desmedicalización de la muerte y una reapropiación del proceso de morir por parte de los vivos. Ejemplos de eso son las declaraciones de derechos de los pacientes terminales ya existentes en muchos países y también el testamento en vida que establece directivas de tratamiento que deben ser seguidas en el caso de que el paciente llegue al estadio terminal. Podríamos preguntarnos: ¿por qué morir se convirtió en una indignidad en esta realidad? El problema que aparece es la presencia del dolor y del sufrimiento intolerable en una sociedad anestésica que busca eliminar toda y cualquier posibilidad de sufrimiento. ¿Hay sentido en sufrir inútilmente? ¿No es mejor morirse de una vez? ¿La persona humana no tendría el derecho de decir algo sobre esto? ¿Por qué no hablar sobre el derecho de morir si defendemos tanto el derecho de vivir? Son las cuestiones que aparecen inevitablemente.

La dimensión social, política y económica. Pensar la cuestión de la eutanasia desde la perspectiva ética *del mundo pobre y subdesarrollado* nos conduce a la ampliación del horizonte de comprensión de la cuestión. Es preciso posicionarse en una perspectiva dialéctica de mirar la vida en la malla de fuerzas ideológicas antivida en que se sitúa, y rescatar la dimensión de la alteridad en el nivel de los presupuestos éticos. Más allá del mundo médico-hospitalario, de discusión sobre casos extraordinarios llevados al conocimiento del público por los medios de comunicación, *se abre la dimensión socio-político-económica*. No se trata de negar la cuestión en el nivel médico-hospitalario. El mundo desarrollado ya proporciona condiciones básicas de vida para la gran mayoría de la población, y la reivindicación más importante se refiere a la humanización del morir. Se trata de repensar la dignidad de la vida humana no solamente como un grito por la dignidad en el adiós después de una larga vida disfrutada, sino el rescate urgente de la dignidad del vivir. Entendiéndose *eutanasia como abreviación de la vida* frente a una situación intolerable de dolor y de sufrimiento sin perspectivas, en América Latina se abre un espacio para el cuestionamiento ético del porqué de tantas muertes precoces e injustas, lo que podríamos caracterizar como una verdadera *mistanasia*. En este mundo, vivir no es todavía disfrutar la vida plenamente sino luchar constantemente contra la muerte en una supervivencia sufrida en la cual el fin (la muerte) está muy próximo del inicio (nacimiento). Y el contraste de la muerte en la vejez en el mundo rico y la muerte en la infancia en el mundo pobre, en el cual la reflexión ética se amplía de la "muerte de algunos" a la "muerte de millones". Se trata de encender nuevamente la sensibilidad ética, que se traduce en una "indignación". Antes que preocuparse prioritariamente con la inevitabilidad de la muerte como un dato de la naturaleza humana, urge rescatar el *derecho a la vida*, expresado en el derecho de gozar de salud plena. En otras palabras, se trata de ver la *calidad de la vida* antes de ver la *calidad de la muerte*. Antes que se acepte tranquilamente la inevitabilidad de la muerte y de trabajar con los problemas que rodean esa realidad, lo que se hace en el mundo desarrollado e industrializado, deberíamos luchar para asegurar las condiciones básicas de afirmación de la vida en los así llamados países en vías de desarrollo. El significado de la expresión calidad de vida se diferencia en su contenido, según sea aplicada a los países ricos o a los pobres.

En los países ricos se trata de prolongar la expectativa de vida y combatir la muerte; hacer la muerte más aceptable y confortable (existen para eso los especialistas llamados tanatologistas) y luchar contra la contaminación ambiental provocada por la superproducción industrial. En los países pobres, la lucha no es tanto por vivir más, sino por *cómo sobrevivir*. Hablar de calidad de vida es luchar contra la muerte precoz e injusta causada por la pobreza, por la exploración y por la falta de recursos y de asistencia a la salud. Es necesario cultivar la sabiduría de integrar la muerte a la vida, no como una intrusa indeseada o enemiga temida, sino como parte integrante de esa misma vida, expresión de la contingencia y de la finitud de la naturaleza humana. La muerte no es una enfermedad y no debe ser tratada como tal. De no seguirse este camino, corremos el riesgo de tener una medicina tecnológica siempre menos respetadora de la dignidad humana, para convertirse en una obsesión tecnicista de tratar asuntos eminentemente éticos como si fueran técnicos. Aceptar, sí, la contingencia, pero rechazar las muertes que son resultado de la injusticia y del empobrecimiento, que siegan impiadosa y silenciosamente la vida de miles de personas, reduciendo no solamente la vida a una "muerte infeliz", sino, antes de eso, a una supervivencia sufrida materializada en cuerpos esqueléticos desfigurados, verdaderos muertos vivos.

Convivimos, en América Latina, con centros que disponen de la tecnología más desarrollada del planeta, con cirugías de trasplantes de elevadísimo coste que benefician a una pequeña elite y que "salva a algunos", al mismo tiempo en que vemos pasivamente la muerte "evitable" de miles de niños causada por el hambre, por sarampión, tuberculosis, malaria, deshidratación, diarrea y otras enfermedades ya erradicadas en el mundo desarrollado. Estamos delante de un verdadero infanticidio sin que se oiga siquiera un sonido de protesta de esas víctimas inocentes, a no ser el silencio ruidoso de las miles de cruces de las humildes sepulturas de abundantes cementerios existentes en todo el continente latinoamericano. En ese sentido, los más candentes problemas éticos en el mundo de la salud latinoamericana no están vinculados prioritariamente a la tecnología sino a la justicia social, al nivel de acceso y de distribución equitativa de los recursos básicos de vida y de salud que garantizan una vida digna. El que existan enfermos a causa de la limitación de la naturaleza humana es algo inevitable y comprensible y debemos utilizar todos los recursos técnicos y humanos para tratarlos con dignidad. No podemos, sin embargo, mantenernos indiferentes y pasivos frente a los que se enferman debido a la pobreza que margina y condena al latinoamericano a morir "antes del tiempo". El tema de la eutanasia evoca, por tanto, la "muerte infeliz", vida abreviada de millones de latinoamericanos, muerte individual sin duda, pero que gana proporciones multitudinarias. Una verdadera *mistanasia*. Este sería el concepto más adecuado para sustituir el de "eutanasia social", que ya fue difundido en los medios de comunicación. Al mismo tiempo, se trata de un grito no solamente por la dignidad de morir, una vez que *morir tan precozmente es una indignidad*, sino también por la dignidad de vivir plenamente. La muerte infeliz evoca el vivir infeliz, el vivir sufrido y excluido. Hablar de esto es hablar de la vida abreviada. ¿No sería una hipocresía gritar solamente por la dignidad en el adiós si toda la vida, tenazmente llevada adelante en una supervivencia sufrida, fue una indignidad?

Referencias

Alastair V. Campbell. "Eutanásia e o princípio de justiça", en *Bioética,* Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasilia, Vol. 7, Nº 1, 1999, pp. 49-57. - E. J. Cassel. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine,* New York, Oxford University Press, 1991. - Diego Gracia. *Historia de la eutanasia,* en Xavier Gafo (ed.), *La eutanasia y el arte de morir – Dilemas éticos de la medicina actual,* Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 1990, pp. 13-20. - John Keown (ed.). *Euthanasia examined: ethical, clinical and legal perspectives*, United Kingdom, Cambridge University Press, 1995. - Leonard Martin. "Eutanásia e distanásia", en S. I. Ferreira Costa, V. Garrafa, G. Oselka (orgs.), *Introdução à bioética,* Brasilia, Conselho Federal de Medicina, 1998. - Leo Pessini. *Eutanásia: Por que abreviar a vida?,* São Paulo, Editora do Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2004. - Leo Pessini. *Distanásia: até quando prolongar a vida*?, São Paulo, Editora do Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola, 2002. - Leo Pessini, Luciana Bertachini. *Humanização e cuidados paliativos,* São Paulo, Editora do Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2004.

Morir con dignidad

Luis Guillermo Blanco (Argentina) - *Colegio de Abogados de Santa Fe*

El derecho a rechazar tratamiento. Dado que en algunos discursos éticos y/o jurídicos la expresión "morir con dignidad" suele emplearse aludiéndose (o confundiéndose) a la virtualidad del rechazo efectuado por un paciente "desahuciado" a determinadas prácticas médicas, comenzaremos intentando clarificar esta temática. Supongamos que se diagnostica cáncer a una persona. Su médico de cabecera le informa de ello y le indica que deberá comenzar un tratamiento combinado de quimioterapia y radioterapia. El paciente, civilmente capaz y bioéticamente competente, le responde: "*No, doctor, gracias, prefiero tratarme con el método Hansi*". A este temperamento llamamos *disidencia terapéutica:* ante una determinada propuesta de tratamiento que el médico considera

como la más efectiva, el paciente –por sus propias razones– opta por otro tratamiento, convencional o no, que reputa mejor o más adecuado para él. Nada distinto acontece cuando se indica una transfusión de sangre a un testigo de Jehová, que no la acepta pero admite –si su estado clínico lo permite– el suministro de expansores sanguíneos. Puede decirse que, en ambos casos, uno y otro paciente "rechazan" un tratamiento, o bien, que formulan una "negativa" a someterse al mismo. Pero lo cierto es que se niegan a prestarse a un tratamiento determinado y eligen otro, sea por conocer con antelación las alternativas médicas disponibles y sus posibles efectos o porque –como corresponde– su médico tratante les informó de ellas. Pero también puede acontecer que un paciente rechace algún tratamiento específico que médicamente se considera indispensable para que la enfermedad que padece no evolucione, y aun para preservar su vida, al carecerse de alternativas terapéuticas, o bien, que se niegue a prestarse a todo tratamiento: aquí estamos ante una *negativa al tratamiento* propiamente tal, porque no hay otra alternativa médica apta para restituirle la salud. En todos estos supuestos, en la Argentina, de acuerdo con nutrida jurisprudencia, incluso de la Corte Suprema Federal (caso "Bahamondez", fallo del 6/4/93), nadie puede obligar al paciente a someterse al tratamiento que los médicos consideren más idóneo o indispensable. Porque todo paciente cuenta con el *derecho personalísimo* de disentir o de rechazar cualquier tipo de tratamiento (aun cuando se trate de la abstención o retiro de medios de soporte vital, incluyendo la hidratación y alimentación artificial), llégese o no a un diagnóstico clínico convencional de "muerte cerebral", y trátese o no de una donación de órganos o de un cuadro de estado vegetativo persistente en el cual no existe sufrimiento, hambre ni sed –pues estas percepciones subjetivas le son ajenas–. El paciente, ejercitando su autonomía personal –de conformidad con el principio bioético de autonomía–, mediante una conducta autorreferente –exclusiva del sujeto que la adopta, librada a su criterio y referida solo a él– de disposición del propio cuerpo (rechazo que puede ser dado mediante directivas médicas anticipadas), está amparado por diversas normas obrantes en la Constitución de la Nación Argentina y en los documentos de fuente originariamente internacional que gozan de jerarquía constitucional (como el Pacto de San José de Costa Rica), que tutelan –y ordenan– el respeto a la dignidad humana, a la libertad de pensamiento, de creencias y de conciencia, a la libertad de cultos, a la libertad decisoria y al derecho a la privacidad. También queda amparado por preceptos específicos que lucen en algunas constituciones provinciales (v. gr., Constitución de la provincia de Santa Fe, artículo 19: "*Nadie puede ser obligado a un tratamiento sanitario determinado, salvo por disposición de ley que en ningún caso puede exceder los límites impuestos por el respeto a la persona humana*") y otros tales contenidos en diversas leyes de ejercicio de la medicina o de derechos del paciente (recordemos que según el sistema constitucional argentino –organización institucional federativa– dichas leyes son *locales,* pues su dictado no constituye una facultad delegada por las provincias o por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [CABA] al Estado Federal, sino una facultad reservada de las primeras). Así sucede con el artículo 6º, inc. b), de la ley 153 (Ley Básica de Salud) de la CABA, que coloca como obligación del paciente "*firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas*", precepto del cual resulta a las claras dicho derecho. Y también con el artículo 2º, inc. j), de la ley 3076 (de Derechos del paciente) de la provincia de Río Negro, que contempla el derecho de todo paciente a "*rechazar el tratamiento propuesto, en la medida en que lo permita la legislación vigente, luego de haber sido adecuadamente informado, incluso de las consecuencias médicas de su acción*" (negativa informada).

Derecho a morir con dignidad. En ocasiones, el ejercicio del derecho a rechazar un tratamiento puede llevar a la muerte del paciente, a quien también le asiste el *derecho a morir con dignidad* –que es un derecho distinto del primero por definición, por contenido y por su télesis y por ello se encuentra previsto en normas legales específicas–. Con la expresión "morir con dignidad" se alude a la *exigencia ética* que atiende a la *forma* de morir –acorde con la dignidad humana– y al *derecho* con el que cuenta todo ser humano para elegir o exigir, para sí o para otra persona a su cargo, una "muerte a su tiempo", es decir, sin abreviaciones tajantes (eutanasia) ni prolongaciones irrazonables (distanasia) o cruelmente obstinadas (encarnizamiento o ensañamiento médico). Dicho "encarnizamiento" nada tiene de "terapéutico" ya que es un proceder siniestro, inmoral y antijurídico que es constitutivo de *mala praxis* médica y de responsabilidad jurídica. El proceso de morir "a su tiempo" concreta esa muerte "correcta" que resultará de la propia patología que el sujeto padece y de su grado de evolución con la atención que merece y, en su caso, con la abstención o supresión de todo acto médico fútil y como tal carente de sentido y de justificación médica, ética y jurídica. Pero ante la inminencia de la muerte del paciente deberán prestarse los cuidados paliativos que requiera. Es un error pensar que la muerte es un episodio aislado del contexto de una enfermedad crónica potencialmente incurable. Antes de la muerte hay una etapa larga en la vida del paciente, periodo durante el

cual, si se le sabe brindar la información de la que requiere (puesto que no se pueden tomar decisiones en la ignorancia), bien puede llegar a decidirse qué hacer y cómo actuar mucho tiempo antes de llegar, desesperada e inútilmente tal como suele suceder, a las puertas de una unidad de terapia intensiva. Históricamente, este imperativo ético y jurídico (también llamado ortotanasia) se ha originado en la medida en que la medicina se erigió como "reguladora técnica" del morir (medicalización de la muerte; muerte intervenida) y "contra" la implementación de prácticas médicas que no tienen ya ningún sentido terapéutico y que solo resultan hábiles para prolongar la agonía de pacientes cuya irrecuperabilidad se encuentra bien definida. Y así, si bien está aquí presente el derecho del paciente de rechazar dichas prácticas (así como también todo tratamiento relativo a eventuales complicaciones agudas), en esencia, lo está a los fines de morir con dignidad –y no propiamente en función de cualquier otra motivación de conciencia–, lo cual queda avalado por el mismo contenido del derecho a morir dignamente. Ello teniendo presente que el sentido y la realidad de un tratamiento se mide por la esperanza de curación o alivio. Este derecho supone una serie de exigencias, de las cuales podemos señalar las siguientes como las más decisivas: eliminación o alivio del dolor físico y posibilidad de asumir su propia muerte optando por vivir lúcidamente aunque sea con dolores (karma; redención); otras atenciones como alivio de molestias frecuentes en la etapa final de la vida (náuseas, vómitos, estreñimiento, astenia, disnea, prurito, etc.) y confort material; prolongación de su vida humana (no puramente biológica); presencia y asistencia de sus seres queridos; contención del sufrimiento (psíquico); asistencia psicológica y/o religiosa (en su caso); información veraz y reconocimiento de amplios espacios de libertad al 'muriente' en decisiones que lo afectan.

Normativas. Estos supuestos ya han sido contemplados en diversas normas jurídicas, tales como el artículo 1º, inciso 16), de la ley 6952 de la provincia de Tucumán, en cuanto indica que el paciente tiene derecho "*a morir con dignidad, con el derecho de ser asistido hasta el último momento de su vida*", precepto que claramente rechaza las prácticas médicas fútiles y/o distanásicas y el "encarnizamiento médico" –en cuanto absolutamente contrarias al mismo, al igual que la "medicina defensiva"–, a la vez que remite implícitamente a los cuidados paliativos. Aún más, el inciso 17) del artículo 1º de dicha ley tucumana señala que el paciente tiene derecho "*a recibir o rechazar la asistencia espiritual o moral*", con lo cual atiende –en el caso– al bienestar psíquico del paciente 'muriente', que así cuenta expresamente con el derecho de hacer concurrir, admitir y aun excluir a personas que, según su parecer y sean quienes fueren (parientes suyos o no, su confesor, el pastor de su congregación, un gurú, etc.), le permitirán –o, de alguna forma, le impedirán– morir en paz, derecho que corresponde hacer extensivo a cualquier elemento (v. gr., libros o símbolos sagrados) que ese paciente requiera que le alleguen o que retiren de su presencia. Admite además que a su pedido se le presten tratamientos médicos no convencionales (v. gr., acupuntura) y aun otras intervenciones de apoyo tales como Reiki. Los supuestos del morir con dignidad también están recogidos en el artículo 4º, inc. l), de la ley 153 de la CABA, según el cual, "*en el caso de enfermedades terminales*", el paciente tiene derecho a una "*atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento*". Luego, el derecho a morir con dignidad (sea por ancianidad, por enfermedad o por causa de un accidente) goza de entidad propia, y si un paciente rechaza algún tratamiento (cualquiera sea, fútil o no) y tal negativa acarrearía indefectible –o presumiblemente– su muerte, resulta obvio que el ejercicio de este último derecho no lo priva del derecho a morir dignamente, derecho con el que toda persona cuenta aunque no rechace tratamiento alguno, todo lo cual resulta fácil de advertir mediante dos ejemplos sencillos: un paciente afectado por determinada enfermedad crónica puede negarse –o no– a que se le practique reanimación cardiopulmonar ante determinado estado crítico, estableciéndose una decisión de no reanimación; a un paciente enfermo de sida en estadio terminal se le indica –como corresponde– (y acepta) cuidados paliativos, y no algún fútil tratamiento "curativo", el cual por tanto no tiene que repudiar. Ambos pacientes cuentan con el derecho a morir con dignidad. Derecho con cuyo ejercicio, es obvio, no se busca la muerte (pues lo que se pretende es humanizar el proceso de morir, sin prolongarlo abusivamente: *permitir morir*) ni se la provoca (ya que resultará de la propia enfermedad que el sujeto padece). Y que no constituye –ni por aproximación– "eutanasia pasiva" (dado que en esta última se provoca la muerte del sujeto por omisión de prestación de los cuidados ordinarios y/o proporcionados y/o debidos para evitar el deceso, o sea, por la no-aplicación de una terapia disponible, con sentido de tal y que podría prolongar la vida del paciente), ni consiste en un pretendido "derecho a morir" puramente potestativo (un derecho a elegir cómo y cuándo morir), como un supuesto "derecho" a la "eutanasia activa", tal como lo malentendió la Corte Constitucional de Colombia en su sentencia –plagada de graves imprecisiones conceptuales– del 20/05/1997. Sino que este derecho hace referencia a la ética del final de la vida y a la calidad de vida del mal llamado

"paciente terminal" (para quien, antes de su muerte, siempre hay un "aquí y ahora", es decir, una situación de vida, no de "sobrevida"), a la calidad de la parte final de la vida (psicosomática y social), a vivir el tránsito hacia la muerte, en la medida de lo posible, sin dolor y acompañado de afectos, con capacidad de recibirlo y brindarlo y con algún grado de lucidez. Pero como no en todos los casos la sedoanalgesia paliativa consigue aliviar el dolor en un grado aceptable (el cual en ocasiones es incontrolable), a más de la obvia licitud de recurrir al método conocido como la "escalera analgésica" (aun "modificada") de la OMS, no advertimos de óbice ético o jurídico alguno para el empleo extremo de la narcosis –sedoanalgesia– (que nada tiene que ver con la "eutanasia") aunque ello importe un previsible acortamiento de la vida que declina y aunque sume al moribundo en un estado de total inconciencia, dado que su propio fin intrínseco (evitar padecimientos extremos y aliviar una agonía insufrible) es premisa necesaria y suficiente para su incuestionable licitud. En todos estos casos –si es que vale aclararlo– no se tipificarán hipotéticos "delitos" (homicidio, abandono de persona, ayuda al suicidio), que no los hay ni puede haberlos. Simplemente, porque las leyes penales reprimen el daño injusto, que aquí por definición no lo hay, no existe, ni puede haberlo.

Referencias

Luis G. Blanco. *Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas*, Buenos Aires, Ed. Ad-Hoc, 1997. - Jean-Louis Baudouin y Danielle Blondeau. *La ética ante la muerte y el derecho a morir*, Barcelona, Ed. Herder, 1995. - Luis G. Blanco y Gerardo G. Wainer. "Reflexiones acerca de la información que se brinda al paciente oncológico", en *Cuadernos de Bioética*, año 2, N° 1, Buenos Aires, Ed. Ad-Hoc, 1997, pp. 25-41. - Sergio Cecchetto. *Curar o cuidar. Bioética en los confines de la vida*, Buenos Aires, Ed. Ad-Hoc, 1998. - Hugo Dopaso. *El buen morir. Una guía para acompañar al paciente terminal,* Buenos Aires, Ed. Era Naciente, 1994. - Carlos R. Gherardi. "La muerte intervenida. Soporte vital: abstención y retiro en el paciente crítico", en Luis G. Blanco (compilador). *Bioética y Bioderecho. Cuestiones actuales*, Buenos Aires, Ed. Universidad, 2002, pp. 351-376. - Jorge L. Manzini. *Bioética paliativa*, La Plata, Editorial Quirón, 1997.

Pena de muerte

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La pena de muerte, como lo fue la esclavitud, es una de las mayores cuestiones en la historia de la moral. No obstante, resulta cuando menos llamativo que la bioética en general no le haya dedicado un adecuado espacio para su reflexión y crítica. No tiene coherencia alguna que una ética de la vida y el vivir humano no considere muy seriamente este problema. La letra y el espíritu de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Unesco, 2005), entre muchos otros instrumentos, nos obliga a ello.

Situación mundial. La ejecución de la pena capital no se considera una violación del derecho internacional. Sin embargo, la tendencia general en el mundo es abolicionista respecto de la pena de muerte, aunque un gran número de países la siguen practicando. En 1977, solo 16 países habían abolido la pena de muerte para todo tipo de delitos. En 2006 ya eran 99 los países que habían abolido la pena de muerte para delitos comunes. En el año 2001, y según Amnesty International (AI), fueron sentenciadas a muerte 5.265 personas en 69 países. Ese mismo año fueron ejecutados 3.048 prisioneros en 31 países. Se presume que esa cifra era mucho más alta. Se trata del año a cuyo término se modificó el escenario internacional para dar lugar a una violencia creciente y a graves retrocesos en cuanto al respeto a la vida. La prestigiosa revista médica *The Lancet* publicó un estudio según el cual entre marzo de 2003, comienzo de la ocupación de Irak por Estados Unidos, y julio de 2006 el número de personas muertas había sido de 654.965, el 2,5% de la población iraquí. La mortalidad había ascendido de 5,5 por mil habitantes/año a 13,3 por mil habitantes/año. El secretario de Defensa Donald Rumsfeld, al ser consultado sobre esta catástrofe humana, respondió: "*Nosotros no hacemos recuentos de los cuerpos muertos de otras naciones*". En ese contexto internacional, la condena contra la pena de muerte formalmente establecida y jurídicamente legitimada no ofrecía una realidad muy alentadora. Sin embargo, aunque el índice de ejecuciones en Irak aumentó drásticamente contabilizando más de 77 en 2006, año del ahorcamiento de Sadam Hussein, la tendencia mundial fue en descenso. Para AI el total de ejecuciones en todo el mundo fue de 2.148 en 2005 y de 1.591 en 2006 y se estimaba para entonces un total de 20.000 personas condenadas a muerte en todo el mundo. Entre los setenta países que la mantenían, los seis responsables de la mayoría de las ejecuciones (90%) eran China, Irán, Pakistán, Irak, Estados Unidos y Sudán. China es el mayor ejecutor con al menos 1.010 personas en 2006. Irán fue el mayor ejecutor de menores y al menos cuatro lo fueron en 2006, año en el que se sospecha que ese país reanudó la muerte por lapidación. Sudán prevé la muerte por ahorcamiento o lapidación y otras penas tales como flagelación y amputación de miembros. Estados Unidos sigue ejecutando a personas con graves enfermedades mentales.

La pena de muerte en América Latina. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)

establece en su artículo 4, 'Derecho a la Vida': "*1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de su vida arbitrariamente. 2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de la sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se aplique actualmente. 3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido. 4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos. 5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieren menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez. 6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente*".

Como se observa, pese a permitir la continuidad de la pena en los países que no la hubieran abolido, lo que resulta un gesto claro de concesión política para el acuerdo, hay un carácter restrictivo en el sentido de su realización para los países que no la hayan abolido y al impedir la restauración en los países que no la tienen. En ese marco, en América Latina pueden describirse cuatro categorías de países al respecto: 1. Países abolicionistas para todos los delitos: Uruguay, Paraguay, Ecuador, Colombia, Venezuela, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, México y Haití. 2. Países abolicionistas solo para delitos comunes, aunque siguen manteniendo la pena de muerte en el código penal militar o para tiempos de guerra: Argentina, Chile, Bolivia, Brasil, Perú, El Salvador. 3. Países abolicionistas de hecho, que mantienen la pena de muerte para delitos comunes como el asesinato pero no han ejecutado a nadie en los últimos diez años: ninguno (solo cuenta Surinam cuando se considera el Caribe). 4. Países retencionistas, que la aplican a delitos comunes: Guatemala, Cuba y República Dominicana (y prácticamente todo el Caribe: Bahamas, Jamaica, Santa Lucía, Dominica, San Cristóbal y Nevis, Antigua y Barbuda, Barbados, Granada, Trinidad y Tobago, San Vicente y las Granadinas, Belice y Guyana). En Guatemala, hasta 1996 el método utilizado era el pelotón de fusilamiento. Ese año, como consecuencia del fallo de la primera descarga en terminar con la vida de un condenado que tuvo que recibir un tiro de gracia, y ante la indignación pública, se pasó a utilizar la inyección letal. La primera ejecución por el nuevo método se llevó a cabo en febrero de 1998 contra Manuel Martínez Coronado, un campesino empobrecido y de ascendencia indígena. Al comenzar la ejecución un corte de electricidad impidió el funcionamiento de la máquina de inyección letal y el condenado tardó dieciocho minutos en morir, lo que renovó las críticas a la crueldad de esta pena. En Cuba, la pena se aplica por fusilamiento y se considera para casos excepcionales aunque en 1999 se amplió su alcance a dos delitos nuevos: narcotráfico internacional y corrupción de menores. Fue aplicada a diez personas en 1999 y para entonces esperaban la muerte una docena de sentenciados. En 2003, cuando fueron ejecutadas tres personas, existían 52 sentenciados esperando ejecución en Cuba, según AI. Desde entonces, no se realizó ninguna ejecución en América Latina en lo que parecía ser una moratoria de hecho.

Interpretaciones posibles sobre el marco normativo existente. Los argumentos más frecuentes que suelen presentarse para oponerse a la pena de muerte y que forman parte de las consignas de organizaciones como AI, son que la pena de muerte es la forma más extrema de pena cruel, inhumana o degradante; constituye una violación del derecho a la vida; no se ha podido demostrar que tenga mayor efecto disuasorio frente a la delincuencia que otros castigos; es irreversible y entraña el riesgo de ejecutar a inocentes. El tiempo de espera hasta la ejecución y el 'fenómeno de la espera para ser ejecutado' es uno de los argumentos que más se han desarrollado para cuestionar la pena de muerte al asimilarla a un trato cruel, inhumano y degradante tal como quedó expresado en la sentencia de la Corte Europea de Derechos Humanos sobre el *Caso Soering vs. Reino Unido* (1989). Y como el plexo normativo que prohíbe esos tratos alcanza incluso a los países que mantienen la pena de muerte, este argumento ha pasado a ser un modo efectivo de cuestionar la coherencia jurídica de seguir sosteniendo la vigencia de esa pena. Como el sistema interamericano de derechos humanos alcanza a los Estados Unidos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) presentó oficialmente solicitudes para la suspensión de la ejecución de Shaka Sankofa, conocido como Gary Graham, ciudadano negro acusado de un homicidio cometido cuando tenía 17 años, que había sido condenado a muerte en 1981 y que sería ejecutado 19 años después, el 23 de junio de 2000. La CIDH se pronunció condenando la ejecución por ser incongruente con el sistema interamericano de protección de los derechos humanos. ¿Cómo pueden analizarse estas incongruencias? Por un lado, debe considerarse que en el derecho internacional, más allá de legislaciones específicas, el universalismo es un presupuesto que obliga a considerar el conjunto de instrumentos del Derecho

Internacional de los Derechos Humanos en modo complementario, armónico y progresivo. El artículo 18 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (1969) establece que los Estados que no han ratificado un tratado que hayan firmado, deben abstenerse de actos que frustren el objeto y el fin del tratado hasta que no hayan dejado de ser parte del mismo. Por otro lado, para Bobbio hay tres tipos de criterios aplicables a esas posibles incongruencias: criterios cronológicos, jerárquicos y específicos. El criterio cronológico nos indica que la nueva ley se impone sobre la ley anterior. El criterio jerárquico indica que el derecho internacional se impone sobre la legislación interna de los Estados. Y el criterio específico indica que la ley general se impone sobre la ley específica (p. ej., la Constitución está por encima de la ley penal). Si atendemos a esos tres criterios, la pena de muerte, tal como es considerada en el artículo 4 de la Convención Interamericana para todos los países parte de la misma, no puede ser interpretada sino en modo restrictivo para dicha pena en orden a avanzar en modo progresivo hacia su total abolición.

Referencias

Amnistía Internacional. *Informe 2006. El estado de los Derechos Humanos en el mundo,* Madrid, Editorial Amnistía Internacional 2006. - Amnistía Internacional. *Error capital. La pena de muerte frente a los Derechos Humanos,* Madrid, Editorial Amnistía Internacional, 1999. - Norberto Bobbio. *Teoría general del derecho,* Bogotá, Editorial Temis, 1987.

Genocidio

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

El término 'genocidio' fue creado en 1944 por Raphael Lemkin, judío polaco. En 1921 Lemkin leyó la noticia del asesinato en Alemania del ex ministro del interior armenio Talaat Pasha por Soghomón Tehlirián, un sobreviviente del genocidio cometido por aquel, y este hecho despertó su especial interés por el juicio y castigo internacional contra esos crímenes. En octubre de 1933, al mismo tiempo que la Alemania de Hitler se retiraba de la Sociedad de Naciones, Lemkin presentó en la Quinta Conferencia de la Oficina Internacional para la Unificación del Derecho Penal, un proyecto de ley que prohibía dos prácticas enlazadas –'barbarie' y 'vandalismo'– para que fueran consideradas delitos contra el 'derecho de gentes' (*delicta iuris gentium*). Lemkin entendió la barbarie como "*las acciones de exterminio dirigidas contra las colectividades étnicas, religiosas o sociales cualesquiera que sean los motivos (políticos, religiosos, etc.); como por ejemplo masacres, acciones emprendidas para arruinar la existencia económica de los miembros de una comunidad, etc*.". También incluía como actos de barbarie "*toda clase de manifestaciones de brutalidad por las cuales el individuo es alcanzado en su dignidad, en casos donde estos actos de humillación tengan su fuente en la lucha de exterminio dirigida contra la colectividad*". Y definía como vandalismo "*la destrucción organizada y sistemática de las obras que están en el dominio de las ciencias, o en el de las artes o de las letras, que son testimonio y la prueba del alma y la ingeniería de esta colectividad*". En Polonia, Lemkin fue criticado por su visión favorable a los judíos y por sus críticas a Hitler, y despedido de su trabajo.

En agosto de 1939 Hitler se dirigió a sus jefes militares con un discurso en el que dijo: "*El objetivo de una guerra no es alcanzar determinadas líneas geográficas, sino aniquilar físicamente al enemigo. Es de esta manera como obtendremos el indispensable espacio vital que necesitamos. ¿Quién menciona ya la masacre de los armenios hoy en día?*". El 1 de septiembre de 1939, día de la invasión alemana a Polonia, Hitler redactó su orden sobre eutanasia: "*El dirigente Bouhler y el doctor en medicina Brandt quedan autorizados, bajo su responsabilidad, a ensanchar el margen de atribuciones reconocido a determinados médicos con objeto de poder administrar una muerte misericordiosa a aquellos enfermos que, tras un análisis exhaustivo de su dolencia dentro de las posibilidades humanas, resulten incurables*". La eutanasia pasó a ser parte de la 'solución final al problema judío' y del exterminio general de todo ser humano imperfecto, así como de las vidas carentes de valor que daban lugar al grupo de los 'subhumanos' (*untermenschen*). Alfred Rosenberg, el filósofo oficial de los nazis, lo enunciaría en modo claro: "*La historia y la misión del futuro ya no significan la lucha de una clase contra otra, la lucha del dogma de la Iglesia contra el dogma, sino el conflicto entre sangre y sangre, raza y raza, pueblo y pueblo*".

La Asamblea General de las Naciones Unidas universalizó en 1946 los principios de derecho internacional reconocidos por el Estatuto del Tribunal Internacional de Nuremberg que había sido creado por el Acuerdo o Carta de Londres del 8 de agosto de 1945. Con su Resolución 96 (I) sobre el crimen de genocidio, cuya propuesta fue redactada por Lemkin y firmada por Cuba, Panamá y la India, con el apoyo de Estados Unidos, la Asamblea se anticipó así a la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio que aprobaría en 1948 y entraría en vigor en 1951. La Convención, cuyo primer borrador fue preparado por Lemkin con la asistencia de Vespasiano Pella y Donnedieu De Fabres, fue aprobada el 9 de diciembre de 1948, un día antes de la aprobación de

la Declaración Universal de Derechos Humanos. La Convención entiende por 'genocidio' cinco actos perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso como tal: 1. Matanza de miembros del grupo; 2. Lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo; 3. Sometimiento intencional del grupo a condiciones de existencia que hayan de acarrear su destrucción física, total o parcial; 4. Medidas destinadas a impedir nacimientos en el seno del grupo; 5. Traslado por la fuerza de niños del grupo a otro grupo. El 11 de noviembre de 1947, Bertrand Russell, Aldous Huxley y Gabriela Mistral, en lo que resulta ser una enseñanza ejemplar para la bioética internacional actual, publican en el *New York Times* una petición para la ratificación de la Convención por los veinte Estados necesarios. Finalmente, el Estatuto de Roma (1998) de la Corte Penal Internacional adoptó literalmente la definición de genocidio dada por la Convención y que ya había sido adoptada por el Estatuto del Tribunal Penal Internacional para la antigua Yugoslavia (1993) y por el Estatuto del Tribunal Penal Internacional para Ruanda (1994). Se considera que esos actos pueden ser cometidos tanto por gobernantes y funcionarios como por particulares; y se castiga tanto el genocidio como su tentativa, la instigación directa y pública, la complicidad y la asociación para cometerlo. La primera sentencia condenatoria por el crimen de genocidio fue dictada el 2 de septiembre de 1998 contra Jean Paul Akayesu por sus crímenes en Ruanda. El 2 de agosto de 2001 fue condenado por genocidio en la antigua Yugoslavia el general Krstic. El 13 de abril de 2006 fue condenado por genocidio y crímenes contra la humanidad, llevados a cabo en Ruanda, Paul Bisengimana, ex alcalde de la comuna de Gikoro en Kigali.

América Latina es la región del mundo construida sobre los cimientos del que quizás haya sido el mayor de los genocidios en la historia universal. Cuatro siglos tuvieron que pasar hasta 1900 para que se recuperara la población total regional existente al momento del descubrimiento europeo en 1492 y calculada en sesenta millones de habitantes que fueron devastados por exterminio, hambre y enfermedades. En el siglo XX se acuñaron nuevas formas de genocidio en la región, como el que, entre otros, fue practicado por la dictadura de Argentina entre 1976 y 1983, y que fue anticipado por un decreto en democracia que ordenaba a los militares "aniquilar" la subversión. Sin embargo, la finalidad de los militares al hacer la guerra –aunque no contra el propio pueblo– consiste en desarmar al enemigo y no en aniquilarlo. El uso del mismo término utilizado por Hitler en 1939 dio lugar a diversas interpretaciones políticas y a una discusión pública que sin duda implicaba distintas visiones morales. Cuando a uno de los militares acusados, que ya había admitido su participación en los 'vuelos de la muerte' con los que desde los aviones se arrojaban las víctimas aún vivas al mar, se le preguntó qué implicaba para él la orden de aniquilar a la subversión, respondió: "*Lo que dice el diccionario*". Y el diccionario decía: "*reducir a la nada*". Si para las Naciones Unidas genocidio es la negación del derecho de existencia para grupos humanos enteros, ese militar se estaba definiendo como genocida. Es por eso que la bioética latinoamericana no puede dejar de considerar el concepto de genocidio y las realidades que enuncia, por el carácter sustantivo que el mismo tiene para comprender el verdadero sentido de valores, principios y virtudes éticas.

Referencias

Raphael Lemkin. *El dominio del Eje en la Europa ocupada*, Fundación Carnegie para la Paz, 1944. - Nehemiah Robinson. *La Convención sobre Genocidio,* Buenos Aires, Bibliográfica Ameba, 1960. - Samantha Power. *Problema infernal: Estados Unidos en la era del genocidio*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005.

Pobreza y necesidad

América Latina es una región que tiene el 45% de su población en situación de pobreza y un 20% en situación de indigencia. El 10% de la población regional está en situación de extrema pobreza. Pero hay más indígenas, y más mujeres que hombres, en esas situaciones. Mientras la pobreza urbana afecta al 25% de la población, la pobreza rural afecta al 60% de la misma. El 10% de la población total está subnutrida, el 10% de la población infantil menor de cinco años sufre desnutrición aguda (bajo peso) y el 20% sufre desnutrición crónica (baja talla respecto a la edad). Además de las enfermedades de la pobreza (v.), las enfermedades en general tienen peores consecuencias para los pobres. Las necesidades en salud (v.) determinan el ámbito posible de libertades de quienes viven en situación de pobreza, indigencia y exclusión social. ¿Cómo reflexionar en bioética ante este contexto?

Necesidades en salud pública y determinantes sociales. El campo de la salud pública surgió como un fenómeno propio del gran crecimiento urbano e industrial moderno y de las investigaciones socioeconómicas y epidemiológicas sobre el mismo. En *La situación de la clase obrera en Inglaterra* (1845), por ejemplo, Engels analiza minuciosamente las condiciones de vida del proletariado urbano y su morbilidad y mortalidad por distintas causas, así como las de grupos particulares de afectados como los niños, y ofrece una explicación social y económica para las mismas. La identificación de determinantes sociales y económicos originados políticamente llevó a postular una noción de derechos sociales y de prevención técnica y científica en cuanto a la modificación secundaria de condiciones de trabajo, pero también y de un modo más radical a la noción de la supresión del modo de organización política de la sociedad capitalista como causa primaria. La noción de prevención, como distinta de la higiene del aislamiento, encontraría otro fuerte fundamento en la revolución de la bacteriología y las vacunas. De ese modo, la salud pública, en su diferenciación de la higiene privada y aislacionista, se fue construyendo en parte desde el descubrimiento de que las condiciones de salud-enfermedad se asociaban a la pertenencia a las clases sociales y al contexto laboral antes que a las conductas individuales, que los determinantes de esas condiciones no eran las conductas privadas sino las conductas que la clase dominante imponía sobre los trabajadores, y que la modificación de esa situación debía ser política tanto para la modificación de las condiciones de trabajo como para la vacunación de los grandes grupos de población en orden a prevenir las infecciones epidémicas. Estas explicaciones tuvieron inmediatas consecuencias para la ética ya que desnaturalizaban la génesis de la situación de salud y abrían paso a la obligación moral de suprimir las causas de origen humano del padecimiento humano.

Los sistemas de salud ante la pobreza y las necesidades. La historia de la salud pública no evolucionó en modo homogéneo y coherente con aquellos supuestos iniciales. El sanitarismo que enfatizaba las medidas de saneamiento ambiental y salubridad y la revolución bacteriológica de la segunda mitad del siglo XIX condujeron tanto a la fundación en 1872 de la Asociación de Salud Pública en Estados Unidos como treinta años después a la Oficina Sanitaria Panamericana. En ambas instituciones se reflejó buena parte de aquellos descubrimientos. El foco en la salud materna, infantil y escolar que tuvo la primera llevó a dejar de lado la preocupación por la pertenencia social a grupos en situación de pobreza. Cuando a principios del siglo XX se quiso corregir esto en Estados Unidos introduciendo servicios especiales para ello, la Asociación Médica Americana (AMA) forzó con su poder político la exclusión de las agencias de salud pública de la atención directa de salud porque amenazaban el lucro privado de la corporación médica. Las reformas postuladas más tarde por Roosevelt en 1943 tampoco progresarían hacia un seguro obligatorio de enfermedad porque la AMA promovería esta vez los seguros privados. Un logro parcial y tardío de aquellos intentos sería en cambio la creación en 1964 de los programas Medicare (para adultos mayores) y Medicaid (para los pobres y sin cobertura). En Europa, sin embargo, la evolución de la salud pública se asoció en gran medida a la instauración de sistemas de salud basados en seguros sociales influidos por el ideario socialista. Un primer ejemplo de ello fue el modelo alemán introducido por Bismarck en 1883 aún dentro de un Estado autoritario y militarista como el imperio alemán de 1871 que dio lugar al reparto colonial de África en la Conferencia de Berlín de 1885. Al modelo alemán seguiría como ejemplo mayor el sistema británico de Seguridad Social que, apoyándose en la economía de bienestar de John Maynard Keynes, fue postulado por William Beveridge en 1942 y aplicado en el Reino Unido desde 1948. Desde entonces ese modelo de Servicio Nacional de Salud o de Seguro

Obligatorio de Enfermedad se extendería por toda la Europa Occidental. Mientras tanto y desde la revolución rusa de 1917, en los nuevos países socialistas se desarrollaba un enfoque de salud pública acorde con los ya mencionados postulados de Engels y con la doctrina marxista (v. *Bienestar. 2. Atención de la salud*). La respuesta de los sistemas de salud ante la pobreza y las necesidades como determinantes sociales no ha sido ni es la misma en todos los países. Las preocupaciones de las bioéticas nacionales y regionales tampoco pueden ser las mismas.

Conflictos bioéticos y necesidades diferenciales. Distintos indicadores del estado de salud en los países de la región según las regiones y jurisdicciones muestran *necesidades diferenciales* entre ellos y sus grupos de población, con gran importancia para la ética ya que la consideración de esta información objetiva es el primer paso al tomar decisiones morales. El concepto de *necesidad diferencial* apunta a una comprensión de la equidad como algo más que el acceso igualitario a la atención de la salud, para poder pensar los servicios de salud considerando las diferencias que en cada persona o población adquiere una determinada necesidad en salud (v.). La pobreza es uno de los factores más relevantes en orden a la identificación de necesidades diferenciales. Al observar la evolución de los índices de mortalidad infantil en nuestra región, por ejemplo, podremos ver cómo si nuestro objetivo se dirige a responder a los problemas de salud prestando atención a las necesidades diferenciales de los grupos afectados, hay decisiones políticas que resultan claramente injustificables. Al igual que sucede con los niños, la situación de las mujeres y los ancianos y de otros grupos poblacionales es claramente desventajosa para los pobres en muchos aspectos del vivir al compararla con la situación de otros grupos. Y la de los enfermos terminales en cualquiera de esas categorías lo es aún más, de allí que haya que repensar el lugar de los cuidados paliativos en las estrategias de atención. No tener esto en cuenta es responder con políticas injustas por su inequidad. Es por esto que en América Latina ha de prestarse atención a esas necesidades diferenciales al pensar los conflictos bioéticos en el estado del sistema de salud y el sentido que tiene hablar de autonomía en estos contextos.

El carácter ético de la pobreza y sus determinantes como pérdida de libertad. La determinación social de las condiciones del vivir humano verificable en las situaciones de exclusión, indigencia y pobreza representa una consecuente pérdida de ciudadanía. Ante estas situaciones, el neopragmatismo liberal con su exaltación de la autonomía utiliza un lenguaje de conceptos vaciados de los nexos históricamente dados entre los sujetos que se comunican en la interacción social humana, porque procura establecer una comunicación entre individuos no ya *autónomos* –en el sentido de darse su propia ley moral por una universalización a escala humana de sus postulados individuales–, sino *autómatas* –en el sentido de moverse según una ley preestablecida a escala de las cosas de las que el portador no tiene conciencia–. Esas determinaciones que hacen que la felicidad exterior dependa del *destino* –según introdujeron los estoicos– abre el camino de dos reinos: el del mundo externo que nos determina y sobre el cual poco podemos hacer, y el mundo interno o de la *libertad interior* (el libre arbitrio) que depende de nosotros o de nuestra *autonomía.* Si en el mundo interno es donde somos libres o autónomos para darnos nuestra ley –y ser por tanto morales–, en el mundo externo es donde estamos sujetos al destino (*fatum*) –a 'nuestra' suerte– que es esa constante o ley que se nos impone y ante la cual solo nos queda resignarnos para cambiar el signo de la libertad por el de la aceptación. El mundo será racional en tanto aceptemos la ley que lo gobierna y nosotros mismos nos movamos (*automáticamente*) en el sentido que esa ley nos marca. El estoicismo concibe así que lo sabio es asegurarse la paz interior siendo insensibles ante el sufrimiento e *imperturbables* para alcanzar el camino a la felicidad. A la filosofía estoica no le preocupa seriamente el problema de la riqueza y la pobreza que es visto como una cuestión de moral individual. Por eso es que esta concepción, si bien acierta al exaltar la conexión dialéctica entre libertad e integridad (la libertad es la conciencia de la necesidad) o, dicho de otro modo, entre libertad y seguridad, su visión sesgada y parcial le impide destacar la debida conexión entre libertad y bienestar y, por tanto, la comprensión de la ética como un proceso. De ese modo, la concepción del sujeto autónomo supone entonces –asimismo– una simultánea concepción del sujeto autómata. El sujeto 'libre de' las determinaciones fenoménicas que lo condicionan habrá alcanzado el reino de la libertad (autonomía) amenazada. Pero frente a ello, el concepto de dignidad humana reserva un espacio inalienable a todo destino externo cuya potencialidad de sentido teleológico puede ponerse en acto toda vez que la indignación lo promueva. De este modo, resulta un término contrario a la concepción liberal-pragmática de aceptación del mundo 'real y tal cual es', cuya fuente más alejada hay que ir a buscarla a los esbozos estoicos de una doctrina de la aceptación para la vida y el vivir en tiempos difíciles: de esclavitud o servidumbre, de proletarización o exclusión, pero siempre de explotación y miseria.

La pobreza es uno de los mayores problemas a los que debe enfrentarse una bioética verdadera, y reflexionar sobre ella y sobre las necesidades y la pérdida de libertades que ella implica no puede sino ser una de las finalidades de la bioética latinoamericana (v. *Responsabilidad en contextos de pobreza*).

[J. C. T.]

Responsabilidad en contextos de pobreza

Jutta Wester (Argentina) - *Universidad Nacional de Río Cuarto*

Ética aplicada, responsabilidad y pobreza. La ética aplicada –y con ella, la ética aplicada al ámbito biomédico, a la investigación, a los problemas ambientales o a la aplicación de tecnologías– indaga los fundamentos y las características de la aplicación responsable de principios éticos universales a los contextos históricos. Desde una perspectiva ético-filosófica, el carácter relacional y multidimensional del concepto de *responsabilidad* reside en el hecho de que articula las acciones individuales con las relaciones sociales y los contextos de acción, sus condicionamientos, limitaciones y oportunidades, sus desafíos y encrucijadas. El concepto de responsabilidad refiere a personas responsables de otras ante instancias y bajo normas de enjuiciamiento –es decir, incluye tanto al sujeto como al objeto de las acciones y una perspectiva normativo-evaluativa–. La definición de la responsabilidad depende, asimismo, de la comprensión y determinación de las características de las acciones, de sus contextos y condicionamientos históricos e institucionales, de la identificación de las relaciones causales entre la acción y sus consecuencias, de la determinación del alcance espacio-temporal de las consecuencias y de los sujetos afectados por ellas y, además, de la valoración de su calidad. Asimismo, el concepto de responsabilidad comprende una dimensión psicosociológica, en cuanto tiene en cuenta el sentimiento de responsabilidad como resorte emocional individual del sentirse afectado por el otro y como capacidad culturalmente construida de evaluar consecuencias de las propias acciones y de atribuirse la obligación de hacerse cargo. Independientemente de cuáles fueran las realidades sociales, económicas, políticas y culturales que condicionan la toma de decisión y el obrar en el ámbito bioético, en muchos casos puede hablarse de una cuasisuspensión de la ética a causa de los contextos de pobreza. Entre los numerosos enfoques de descripción, definición y medición de la pobreza se destaca el proyecto "Dimensiones de la pobreza relativas a la ética y los Derechos Humanos: hacia un nuevo paradigma de la lucha contra la pobreza", que la Unesco inició en 2001. El proyecto comprende la pobreza como una lesión de los derechos humanos, en general, y parte del supuesto de que es posible identificar a individuos, agentes colectivos o gobiernos responsables para las situaciones de pobreza y las consiguientes lesiones de los derechos fundamentales del hombre. El enfoque filosófico de la problemática se propone reexaminar las nociones de responsabilidad, imputabilidad, dignidad humana, justicia, libertad y otros.

Enfoques teóricos. A fines del siglo XX se destacan al menos tres teorías éticas que permiten reflexionar sobre la responsabilidad en contextos de pobreza. 1. Ante el avance de la ciencia y la tecnología y las posibilidades de la humanidad de autodestruirse, Hans Jonas (1995, 1997) ha puesto en primer plano de la discusión ética la ciencia y la tecnología modernas como un poder humano extraordinario con efectos ambivalentes. La ética debe reflexionar sobre la ciencia y la técnica, sobre su alcance temporal y espacial inusitado y sobre una ampliación del antropocentrismo y sus implicancias metafísicas. Jonas (1997) define como imperativo de una ética de la responsabilidad la supervivencia de la especie humana y de la biosfera, y promueve la idea de una autocensura voluntaria por parte de los científicos. Jonas deduce de su teoría de la responsabilidad la necesidad de generalizar virtudes de mesura y prudencia en el trato de las tecnologías disponibles y en el desarrollo de nuevas tecnologías; exige, además, un pensamiento hipotético capaz de imaginar los escenarios más nefastos para las generaciones futuras. 2. En su fundamentación de la ética latinoamericana de la liberación, Enrique Dussel (1998) parte de la realidad de la pobreza y la exclusión. En la perspectiva de Dussel, la responsabilidad o el asumir las cargas del otro es el a priori de toda conciencia reflexiva. La responsabilidad es respuesta a quien sufre y necesita de nuestra ayuda. La libertad es responsabilidad, puesto que la autonomía del sujeto se constituye recién cuando se asume la responsabilidad por el otro necesitado. El fin primordial de la filosofía de la liberación es la praxis liberadora, la concientización del oprimido, en el sentido de Freire. 3. La ética del discurso pragmático-trascendentalmente fundamentada, con su reclamo de realizar las condiciones de aplicación de la comunidad ideal de comunicación en el mundo de la vida y en las diferentes formas de vida de la comunidad real de comunicación, se comprende como una ética de la responsabilidad. El principio fundamental de la

ética del discurso se basa no en la intención o convicción de un individuo ni en su buena voluntad sino en la interacción social-comunicativa, en los intereses y derechos, comunicativamente realizables, de todos los real o virtualmente afectados por la acción, y en las consecuencias reales y previsibles. Karl-Otto Apel (1988, 1995), como otros pensadores provenientes de la teoría crítica, aceptan el imperativo jonasiano de asegurar la supervivencia de la especie humana, pero lo articulan con un imperativo emancipatorio, en el sentido de que no solo hay que proveer el sustento biológico de la humanidad sino que es un deber igualmente primordial el de fomentar la autorrealización de cada uno de los individuos y de transformar las relaciones sociales de modo tal que todos y cada uno puedan desarrollarse dignamente. A diferencia de la ética de la liberación de Dussel, la ética del discurso parte de la idea de que el ámbito político no es esencialmente irracional y que el imperativo de liberación es complementario con el principio del discurso argumentativo. El concepto de corresponsabilidad solidaria articula el imperativo de construir una comunidad ideal de comunicación con el de asegurar la supervivencia en los condicionamientos históricos reales. Desde un punto de vista sistemático, los condicionamientos que los contextos de pobreza generan para las decisiones (bio)éticas pueden identificarse especialmente bajo los siguientes aspectos que, aunque sea posible distinguirlos analíticamente, aparecen estrechamente interrelacionados en los contextos empíricos de acción.

Contextos de acción y toma de decisión. El concepto de responsabilidad se refiere *a* contextos de acción y de toma de decisión, como también a la previsión o al cálculo de consecuencias probables de las respectivas acciones u omisiones. La persona, para tomar decisiones y obrar asumiendo la responsabilidad por las consecuencias, tiene que ser libre y disponer plenamente de su autonomía. La pobreza y la miseria, las necesidades y la escasez de medios representan, no obstante, limitaciones del principio de autonomía, que aminoran la libertad individual, lesionan la dignidad de la persona e imponen condicionamientos severos a las posibilidades de decidir y de obrar. En lo que se refiere a las investigaciones biomédicas con seres humanos, Jonas (1997) exige que, en lo posible, se excluya a los pobres, en razón de las limitaciones de sus conocimientos y de su libertad de decisión. Aunque fuera posible una decisión responsable y la asunción personal de la responsabilidad por las consecuencias de una acción, la falta de posibilidades de concreción coarta, en muchos casos, la responsabilidad del médico, del científico o incluso del político que, sabiendo cuáles serían las medidas adecuadas para proteger o beneficiar a una persona, su comunidad y la humanidad en su conjunto, no podría realizarlas por la falta de medios o de infraestructura, por lo que su responsabilidad recae involuntariamente en el principio ético de la buena intención.

La información y los conocimientos. En la actualidad, la información y los conocimientos crecen estrepitosamente en cantidad y complejidad, y el acceso a ellos presupone destrezas específicas relacionadas con el manejo de las tecnologías de información y comunicación; además, es necesario poseer conocimientos especializados en muchas áreas del saber humano. Si bien es verdad que la dependencia de los expertos se da también en los contextos de acción más afortunados y para los decisores más informados, no es menos cierto que la dependencia del conocimiento de expertos es mucho mayor en aquellas personas que deben decidir y actuar en contextos de pobreza y subdesarrollo –y, aún más, en aquellas que ni siquiera disponen de conocimientos mínimos y de una educación básica–. Si el consentimiento libre e informado es uno de los principios de toda acción biomédica, la pobreza le impone límites muy estrechos a la información de los afectados.

Relación entre sujeto y objeto. Otro de los aspectos centrales del ejercicio de la responsabilidad, no privativo del ámbito bioético, es la relación entre sujeto y objeto. Uno de los principios fundamentales de la ética en cuanto teoría que fundamenta la corrección del comportamiento entre seres humanos es la *reciprocidad*. La responsabilidad de una persona con otra, sin embargo, carece, por principio, de la reciprocidad plena y es, al menos, parcialmente asimétrica: ser responsable de alguien significa, por principio, que la persona objeto de mi responsabilidad se encuentre en mi radio de influencia, bajo mi poder. En bioética, esta relación asimétrica, propia del paternalismo médico, ha sido criticada por medio del principio de autonomía y del imperativo de fomentar y garantizar la autonomía de las decisiones de los pacientes o de los afectados por la investigación biomédica. En contextos de acción signados por la pobreza, esta asimetría propia de las relaciones de responsabilidad se profundiza, y la brecha normal entre sujeto y objeto de la responsabilidad se ensancha considerablemente. Las situaciones extremas de dependencia, una autonomía disminuida por la falta de conocimientos, las estructuras sociales de desigualdad y las instituciones políticas no representativas no permiten construir la igualdad del vínculo entre médico y paciente.

Perspectiva evaluativo-normativa. En lo que respecta a la perspectiva evaluativo-normativa de la responsabilidad, en muchos contextos de pobreza y subdesarrollo, los marcos normativos que regulan

la actividad profesional de médicos y científicos, y que garantizan los derechos fundamentales de los ciudadanos, son insuficientes. La falta de leyes (o la debilidad de las mismas) para la protección del bienestar, de la libertad y de la dignidad de las personas puede observarse no solo en regímenes totalitarios o autoritarios, sino también en muchos Estados democráticos que carecen de una legislación acorde con el desarrollo cultural y el progreso científico-tecnológico. La falta de sistemas de orientación última y el pluralismo axiológico dificultan, también en los Estados democráticos, el reconocimiento de una autoridad moral y de normas de comportamiento con validez general. A esta dificultad se suma, en muchos países con sistemas democráticos débiles, la existencia de estructuras discriminatorias de género, etnia, raza, religión, etc. La consiguiente inseguridad normativa y jurídica obstaculiza la asunción de responsabilidades y el ejercicio de la autonomía. A estas deficiencias se suma el hecho de que los Derechos Humanos, como también los derechos económicos, sociales y culturales, se centran en la perspectiva del receptor, no en la del agente responsable de hacerlos cumplir. Falta aún recorrer un largo camino para deducir, a partir de los derechos fundamentales del hombre, responsabilidades legalmente imputables y obligaciones judicialmente recuperables y realizables no solo dentro de los Estados sino, sobre todo, en el ámbito internacional.

Responsabilidad social. La conciencia de responsabilidad social está estrechamente relacionada con el marco normativo existente y con el desarrollo de la conciencia moral ciudadana, tanto dentro de una comunidad como a nivel global. Los contextos de pobreza pueden manifestarse como ausencia generalizada de criterios posconvencionales y supracontextuales de la evaluación moral de argumentaciones, acciones u omisiones, y también como falta de respeto por las diferencias. Comunidades sin normas con pretensión de universalidad, cuyos miembros se orientan solo por normas de conformidad de grupo, de obediencia ciega a la ley o del mantenimiento del orden, coartan la asunción de la responsabilidad para las consecuencias de acciones, para las generaciones futuras y ante escenarios novedosos y cambiantes. Sociedades que no reconocen la riqueza de lo particular y cultural no son capaces de articular responsablemente las decisiones con la realidad.

Principio de justicia global. El punto de vista supracontextual cobra relevancia también para el concepto de responsabilidad en relación con un principio de justicia global. En la actualidad, el desarrollo científico-tecnológico, la globalización económica, los conflictos entre culturas y los procesos de exclusión, no solo regional sino también planetaria, plantean la necesidad de elaborar criterios de justicia de envergadura global para el ejercicio pleno de la responsabilidad. En la actual constelación geopolítica y económica mundial, las coerciones económicas y políticas, pero también las culturales y científicas, son tan fuertes que los médicos, investigadores y tecnólogos, al igual que los políticos, tienen que obrar a menudo en contra de sus conocimientos y su mejor entendimiento. En estos casos hay que discernir entre la responsabilidad individualmente imputable y una corresponsabilidad metainstitucional (Apel, 1995) que libera al individuo de la responsabilidad por las consecuencias de acciones colectivas de envergadura global. Esto no niega la existencia de una responsabilidad imputable a aquellas personas que, en virtud de sus conocimientos y competencias especiales, de su influencia en determinados ámbitos de la vida social o de su poder real, llevan sobre sus hombros algún grado de responsabilidad, por ejemplo, en cuanto al futuro de la biosfera o a la distribución global de los ingresos. Ante la falta de instituciones que canalicen las demandas por las consecuencias de acciones u omisiones en el nivel global, hay que reconocer "*responsabilidades por encima de los límites tradicionales, a saber, responsabilidades por la organización de instituciones en orden a impedir o remediar riesgos y efectos negativos del crecimiento a escala internacional*" (Apel, 1995). Estas iniciativas de ejercicio de responsabilidad metainstitucional competen a toda la opinión pública razonante, pero muy especialmente a quienes poseen el saber y el poder.

Referencias

K. O. Apel. *Diskurs und Verantwortung. Das Problem des Übergangs zur postkonventionellen Moral,* Frankfurt, Suhrkamp, 1988. - K. O. Apel. "La ética del discurso como ética de la corresponsabilidad por las actividades colectivas", en *Cuadernos de Ética* 19/20, 1995, pp. 9-30. - E. Dussel. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión,* Madrid, Trotta, 1998. - H. Jonas. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona, Herder, 1995. - H. Jonas. *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad,* Barcelona, Paidós, 1997.

Necesidades en salud

Susana Vidal (Argentina) - *Ministerio de Salud de Córdoba*

Definición. El concepto de *necesidad en salud* no es unívoco, y su indefinición responde a la diversidad de interpretación de los dos términos que lo conforman. Tanto para la noción de necesidad como para la de salud se han propuesto distintas

definiciones que se relacionan con el marco conceptual e ideológico que les da fundamento y del que resultan acciones y políticas públicas tendientes a consolidar los modelos desde los que se plantean. Esto ha sido patente particularmente a partir de los años noventa cuando el término fue recuperado por el discurso del neoliberalismo. Para abordar el término necesidad debe tenerse en cuenta que la concepción que se adopte responderá a una teoría general de la necesidad, cuestión de la que aquí no se podrá hacer un análisis exhaustivo. Las corrientes que tratan de explicar el concepto de necesidad pueden resumirse en dos (Breilh, 2003), aunque en la segunda de ellas se encuentran a su vez distintas perspectivas teóricas. 1. La llamada corriente liberal entiende la necesidad humana como valor relativo que depende de opciones individuales y de las posibilidades que cada persona y su familia tienen para adquirirlas en el mercado. 2. La llamada corriente solidaria que entiende la necesidad humana como proceso determinante de la vida, cuya satisfacción se constituye de esa manera en un derecho humano inalienable al que debe accederse bajo una distribución equitativa y segura por parte de los miembros de una sociedad y que debe construirse solidariamente para el máximo bien común. De este modo la base conceptual desde la que se entienda el concepto de necesidad determinará su potencialidad de dar o no fundamento a un derecho humano exigible ética y jurídicamente. La relativización e individualización del concepto lo aleja de su condición de derecho humano, proceso que ha tomado una velocidad preocupante en los últimos años con el advenimiento del capitalismo tardío posindustrial a mediados de los años ochenta, de la mano del progresivo y sostenido retroceso de los derechos políticos, sociales y económicos. Una definición de *necesidad*, entonces, debe aludir a una fuerza natural y constitutiva del ser humano que tiende a ser realizada, y se requiere para completar su desarrollo pleno y cuya satisfacción por *necesaria* y atinente a su propia condición se constituye en derecho humano básico. Se trata de una condición indispensable para la existencia de un ser humano y de la sociedad humana, y su no satisfacción significa la desintegración o la destrucción del ser vivo, así como la destrucción o la desintegración de la sociedad (Krmpotic, 1999). La definición, de este modo, contempla dos dimensiones del término: por un lado como *carencia* y por el otro como *potencia* que conduce a su satisfacción (Max-Neef, 1999). Ha sido muy bien expresado al decir que "*las necesidades se revelan como un problema concreto que desde la cotidianidad interpela al ser humano y su organización social asignando responsabilidades ante lo que hoy día se considera un derecho, es decir,* algo que tengo en mi haber" (Krmpotic, 1999). Las necesidades no se satisfacen a través de bienes o recursos sino haciendo posible el desarrollo de ciertas capacidades –en el sentido que le ha dado Amartya Sen– que faculten al individuo para disponer de estos bienes. Ello debe estar asegurado a través de mecanismos normativos –legales– existentes en la sociedad, estableciendo una relación entre los individuos y los bienes que permita no solo el acceso a ellos sino también el control sobre ellos. Se trata de la posibilidad concreta de alcanzar unos fines que hacen al bienestar humano y para los cuales los bienes y la opción de disponer de ellos se constituyen en medios eficaces para su realización. La fuerza motriz que conduce a la prosecución de esos fines es la necesidad, que es algo inherente a los seres humanos pero que solo puede ser identificada en el marco de una determinada cultura.

Necesidades básicas y necesidades sociales. Una cuestión que ha merecido gran debate es si se entiende a las necesidades en salud como algo biológico objetivo e inherente a todos los seres humanos, sin distinción y por tanto universales, o si ellas cambian entre las diversas culturas, de acuerdo con las realidades de cada individuo y de cada sociedad contempladas históricamente. En realidad ambas dimensiones están presentes en una relación dialéctica indivisible, a pesar de lo cual casi todos los autores proponen dos niveles de necesidades de los seres humanos. Unas, las llamadas *necesidades básicas* o también denominadas "naturales" o "esenciales", como: alimentación, vivienda adecuada, vestimenta protectora, agua potable, saneamiento ambiental, transporte público, educación pública, servicios de salud para todos. Y otras, las llamadas *necesidades sociales o culturales*, las que en última instancia son reflejo del desarrollo moral y social de los individuos y del pleno ejercicio de los derechos económicos, políticos y sociales. Estas necesidades han devenido también "naturales" históricamente, como son el ejercicio de libertad política, económica y cultural, la posibilidad de construir un proyecto de vida y el sentido de comunidad, poder generar oportunidades de ser creadores y productivos, desarrollar el respeto por sí mismos y por los derechos de los demás, así como lograr el desarrollo y la afirmación de los valores morales y religiosos, entre otros. Por tanto, las necesidades básicas inherentes a la condición biológica del ser humano, y las más complejas como son las necesidades sociales, afectivas y religiosas, se desarrollan y han cambiado a través de la evolución social y cultural de la especie humana; son, en este sentido, de carácter histórico social. Esta suerte de *naturalización* de las necesidades llamadas sociales o culturales se relaciona directamente con ese concepto ampliamente

desarrollado por Sen que es el de capacidades humanas y desarrollo humano. Desde esta perspectiva, que se presenta como muy alentadora (al menos por su impacto en las mediciones llevadas a cabo por organismos internacionales como el PNUD), la satisfacción de las necesidades permitiría entonces el desarrollo de capacidades humanas cuya completud hace a un desarrollo plenamente humano. La condición de *humana* de toda necesidad, y en particular en salud, la vincula con la noción de dignidad y, en tanto tales, las necesidades humanas son fundamento y base de los DDHH y, por tanto, exigibles como garantías constitucionales.

Necesidades en salud. Es necesario definir el concepto de salud al que alude la *necesidad en salud*. Aquí la salud no se refiere a la mera ausencia de enfermedad sino a un concepto de "salud integral" que entiende a la salud como bienestar o, más bien, como proceso que conduce hacia el bienestar. La salud entendida como la "*capacidad y el derecho individual y colectivo de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permita a todos participar ampliamente de los beneficios del desarrollo*". La *salud integral* se entiende entonces como un estado dinámico en el que se ha alcanzado el desarrollo de capacidades humanas esenciales que comienzan por la posibilidad de lograr una vida larga y saludable, tener conocimientos y disfrutar de un nivel decente de vida, y para lo cual se requiere tener acceso a bienes básicos como agua potable, alimentación, medicamentos y servicios de salud. El desarrollo de estas capacidades hace posible el ejercicio de la libertad, no solo ante opciones de asistencia de la salud (forma en la que suele malentenderse el consentimiento informado), sino ante opciones políticas, económicas y culturales, así como permite el desarrollo de otras cualidades humanas que facultan a los individuos para el pleno ejercicio de la ciudadanía. Se podría entender que el *estado de salud* se alcanza cuando son satisfechas diversas necesidades, como protección, asistencia, alimentación, recreación, educación, afecto, prevención del riesgo y asistencia de las enfermedades, etc., lo que constituye un plexo de necesidades y de satisfactores de las mismas que hemos denominado necesidad en salud. El camino para la construcción del proyecto de vida de los individuos requiere unas condiciones básicas de las cuales la salud, como se vio, es parte constitutiva. Como dijo Nussbaum (2002), se otorga valor y dignidad a las facultades humanas básicas, pensando acerca de ellas como exigencias de una oportunidad para su funcionamiento, de las que emergen obligaciones sociales y políticas correlativas. Es mejor referirse a necesidades "*en* salud" en lugar de "*de* salud", ya que la segunda alude a un bien aparentemente objetivo capaz de satisfacer esa necesidad, mientras que la primera refiere a una situación vivencial en la que un individuo en determinado contexto ha logrado o está logrando realizar (satisfacer) sus necesidades y con ello alcanza un estado determinado que hemos de llamar salud integral. La preposición "en" sitúa al individuo en una condición desde una triple perspectiva biopsicológica, social y ambiental y pone la necesidad como la carencia-potencia que mueve al logro de este objetivo (fin) de búsqueda del bienestar. La salud de este modo se considera como un "estado" dinámico que para ser alcanzado requiere diversos satisfactores de varias necesidades y que es calificado como valioso. Se constituye así en un bien "necesario" y por tanto en un valor y fundamento de un deber jurídico del Estado de protección. La salud como derecho humano debe estar relacionada de manera indivisible con el pleno ejercicio de otros derechos que resguardan necesidades humanas (como el derecho a la educación, al empleo, a la vivienda, al medio ambiente adecuado, etc.) y que solo pueden ser ejercidos en un sistema que asegure su plena vigencia, a diferencia de su expresión formal liberal como se mencionó antes. Desde esta triple perspectiva, *necesidad en salud* alude a una carencia-potencia cuya satisfacción promueve el desarrollo de un estado de bienestar integral de los seres humanos. No se hace referencia, así, a cantidad de recursos sanitarios necesarios para satisfacerlas sino a una medida del bienestar humano que pone de manifiesto la vigencia efectiva de los DDHH y, dentro de ellos, del derecho a la salud.

Otras interpretaciones del concepto de necesidad en salud. En muchos casos se confunden los satisfactores o bienes (como insumos sanitarios, prestaciones o tecnologías diagnósticas o terapéuticas) con las necesidades en sí; de este modo se suele relacionar la necesidad con aquello que el mercado establece como necesario (la mayoría de los llamados "bienes de producción"). También se ha propuesto a la necesidad como el nivel por debajo del cual se habla de pobreza; esto identifica lo necesario con lo mínimo vital casi siempre desde una perspectiva biologicista, económica y determinista, ya que este mínimo suele ser determinado por expertos o planificadores. Finalmente, se suele considerar la necesidad como una expresión subjetiva individual de los sujetos que debe ser consultada a través de encuestas (respuestas que al mismo tiempo suelen ser descalificadas por las estructuras de poder que no consideran a los sujetos capaces de conocer aquello que necesitan, y le quitan validez a toda posibilidad de construir una "subjetividad universal") (Max-Neef, 1999). El impacto de lo social sobre la necesidad en salud tiene mucho mayor peso que el de lo biológico si se analizan grupos sociales

y comunidades sometidas a un mismo tipo de relaciones de producción y reproducción social y a riesgos similares (económicos, culturales, biológicos, ambientales). Se deja de lado así la idea de que exista una biología individual por fuera del contexto social que se analiza, y aun las llamadas necesidades básicas, como agua, vivienda, alimentos, se expresarán y toman una modalidad diferente en cada sociedad y grupo humano (San Martín, 1984). Cada caso individual es, en última instancia, el resultado de la relación entre su carga biológica y genética, los riesgos de clase social y modo de vida bajo los efectos del medio ambiente, todo ello en el marco de la conciencia individual y social de la situación en la que se vive (ambiente, trabajo, comportamiento). La forma en la que se expresan las necesidades en salud será también reflejo de esa conciencia y generará determinada demanda de satisfactores. De este modo las relaciones de producción y reproducción social son las que determinan las formas del consumo, las preferencias, la oferta y demanda de bienes, los satisfactores, etc., todo ello evidenciado en los modos de vida de las comunidades. Por su parte, los bienes que se ofrecen para dar respuesta a las necesidades en salud no siempre están en relación con ellas, sino que más bien suelen ser el resultado de las estrategias de mercado que más que tratar de promover el estado de salud integral intentan incrementar las ganancias de sus agentes. Muchos supuestos satisfactores de salud tienen poco que ver con las genuinas necesidades humanas. Producción biotecnológica (y mercado) y consumo de insumos sanitarios serán factores a tener muy en cuenta cuando se realice un análisis de la necesidad en salud de una comunidad, la demanda que la misma expresa y el consumo que realiza y la oferta que promueve el mercado. De hecho, muchas de las demandas expresadas por los individuos pueden ser reflejo de deseos y aspiraciones creados por el sistema de producción de acuerdo con sus intereses de ganancia progresiva, de reproducción del sistema, de capitalización y de diversificación de productos, lo cual se refleja en prácticas que conducen al consumo (San Martín, 1984).

De las formas de evaluación de la necesidad en salud. Actualmente las necesidades en salud son evaluadas por: 1. Los médicos que en realidad evalúan demanda de servicios curativos. 2. Los planificadores que evalúan los consumos, la demanda, las estadísticas tradicionales, etc. La verdadera necesidad de vivir en salud no se toma casi nunca en cuenta. La apuesta debe ser hacer que coincida una definición operacional de necesidad en salud con el derecho humano a una vida en salud y al tipo de salud que la población necesita. La identificación de las necesidades en salud debería responder al menos a tres criterios. 1. Lo que los individuos expresan es importante para saber lo que sienten frente a lo que les está sucediendo, si están satisfechos o insatisfechos. 2. Algunos indicadores del bienestar humano pueden servir de medida de lo que los individuos son capaces “de ser y hacer”. Buen ejemplo de ellos son indicadores como el índice de desarrollo humano (IDH), el índice de pobreza humana (IPH1 e IPH2) o el índice de potenciación de género (IPG), que parecen ser buen reflejo de esa condición de salud de la que se habló antes. 3. Finalmente, las necesidades en salud pueden evaluarse en tanto grado de vigencia de los DDHH, siendo la brecha entre la realidad y el estado de su plena vigencia la medida de “lo que se necesita”. La tendencia es dejar de lado medidas muy generales como el producto bruto interno (PBI) o el ingreso per cápita (IPC) que no suelen reflejar las diferencias sociales y mucho menos los modos de vida de los grupos que constituyen la sociedad, donde se encuentran las bases reales de la inequidad, que muchas veces queda oculta tras indicadores económicos demasiado generales y que tienen muy poco en cuenta lo que tan bien ha planteado Nussbaum al decir “*lo que la gente quiere ser y hacer con sus vidas* [...]”. Para la concreción de ese proyecto (de vida), la promoción del estado de salud a través de la satisfacción de las necesidades sentidas, expresadas y evaluadas será indispensable. Aún esto no responde definitivamente cuál será el método más adecuado para medirlas con cierta objetividad y poder a partir de ello construir lineamientos para el diseño de políticas públicas, pero abre una perspectiva novedosa y fuertemente crítica del modelo económico-político hegemónico actualmente en vigencia.

Referencias

Jaime Breilh. *Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003. - Claudia Sandra Krmpotic. *El concepto de necesidad y política de bienestar*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 1999. - Manfred Max-Neef. *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*, Nordan Comunidad, Icaria, 2001. - Martha C. Nusbaum, Amartya Sen. *La calidad de vida*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996. - Martha C. Nussbaum. *Las mujeres y el desarrollo humano,* Barcelona, Editorial Herder, 2002. - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre Desarrollo Humano 1999*, Madrid, Mundi Prensa, 1999. - Hernán San Martín, Vicente Pastor. *Salud comunitaria, teoría y práctica*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1984.

Enfermedades de la pobreza

Rubén Storino (Argentina) - *Universidad Nacional de La Plata*

Concepto y antecedentes. Las enfermedades de la pobreza, también llamadas olvidadas, desatendidas e

incluso emergentes, pese a ser etiológicamente diferentes se definen por tener las siguientes características comunes: 1. Afectan casi exclusivamente a comunidades que viven en la pobreza. 2. Afectan principalmente a los grupos vulnerables. 3. No son objeto de estudio. 4. No causan demasiada mortalidad, pero sí elevada morbilidad. 5. No causan epidemias, pero sí representan vastas zonas endémicas. 6. No son percibidas como un problema de salud pública. 7. No son prioridad para los grupos de poder político ni económico. 8. No atraen la atención de los medios. 9. No son lucrativas para el sector privado. 10. No presentan interés por parte de las industrias farmacéuticas para la investigación de medicamentos. Históricamente, las enfermedades de la pobreza son tan antiguas como el hombre y están ligadas a las ideas y visiones del mundo de cada época, pero con dos paradigmas invariables a lo largo del tiempo: la estigmatización de los enfermos y la exclusión social de estos enfermos a través de distintos mecanismos. En este sentido, lo que ha variado en cada época han sido los métodos con que se ha ejercido la exclusión social, por ejemplo la condena al destierro por padecer lepra en la antigüedad, el encierro y vigilancia por tener peste en la Edad Media, el rechazo social por inmoralidad a los enfermos de sífilis en la Edad Moderna, y la condición de ocultamiento e indiferencia con los enfermos de áreas rurales que padecen enfermedades endémicas como el Chagas en el último siglo (Storino, 2000). Por otro lado, el ejercicio de la medicina a lo largo del tiempo también ha demostrado una actitud diferente por parte de los médicos y del sistema de salud hacia los enfermos pobres. Ya Platón, en *Las leyes,* describía cómo actuaban los médicos en la atención de los esclavos y de los hombres libres: en el caso de los esclavos se les dedicaba poco tiempo y se los atendía con "*la brusca manera de un dictador*", a diferencia de los hombres libres a quienes se les dedicaba más tiempo, preocupándose por ganarse la confianza de pacientes y familiares y explicándoles detalladamente la naturaleza de la enfermedad y los medicamentos que se les prescribían.

Principales enfermedades relacionadas con la pobreza, distribución y prevalencia. Las enfermedades relacionadas con la pobreza se caracterizan por ser de origen infeccioso, aunque de diferente etiología, es decir, debidas a parásitos, bacterias y virus, muchas de ellas compartidas con animales (zooantroponosis) y también varias de ellas con la presencia de la tríada epidemiológica de agente, vector y huésped. Las principales enfermedades de la pobreza en el mundo son las siguientes (por orden alfabético): cisticercosis, cólera, dengue, dracunculosis (dracontiasis), ectoparasitosis, enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana), enteroparasitosis, esquistosomiasis, fascioliasis, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, filariasis, hantavirus, helmintiasis (teniasis), VIH-sida, leishmaniasis, lepra, leptospirosis, malaria (paludismo), oncocercosis, sarna, tracoma, toxoplasmosis, tuberculosis y uncinariasis. La mayoría de estas entidades zoonóticas de origen parasitológico e infeccioso deben considerarse genuinas patologías regionales con un definido marco epidemiológico y distribución geográfica con elevadas prevalencias en poblaciones expuestas al riesgo de padecerlas, casi exclusivamente gente pobre (Martino, 1995). Las enfermedades de la pobreza se distribuyen por todo el mundo pero afectando las áreas geográficas de los países subdesarrollados, tanto en África como Asia y América, diezmando a poblaciones pobres y marginadas tanto en zonas rurales como urbanas. En las áreas rurales predominan cisticercosis, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, leishmaniasis y tracoma, mientras que en las zonas urbanas y periurbanas encontramos más frecuentemente filariasis y leptospirosis. Por otro lado, la oncocercosis y la sarna se observan más frecuentemente en poblaciones indígenas, mientras que las helmintiasis (teniasis) se instalan en comunidades extremadamente pobres e indigentes. En cuanto a la prevalencia tenemos cifras muy variables pero generalmente en millones, dependiendo de si abarcan varios continentes, como helmintiasis, esquistosomiasis y tracoma, o bien si se limitan a un continente como en el caso de la enfermedad de Chagas, que por sus características de transmisión epidemiológica se circunscribe a la región americana. Sin embargo, para dar una idea de la magnitud del problema podemos afirmar que estarían afectadas de helmintiasis (teniasis) mil millones de personas, de esquistosomiasis 200 millones, de tracoma 146 millones, de Leishmaniasis 120 millones, de enfermedad de Chagas 24 millones, de oncocercosis 18 millones (Ehrenberg, 2005). Incluso la lepra, a la cual la mayoría de la gente considera una enfermedad del pasado, afecta actualmente en el mundo a unos 750.000 individuos.

¿Cuál es el contexto social, cultural, económico y el marco político donde se desarrollan? El marco político y económico de las enfermedades de la pobreza está relacionado con el subdesarrollo y con países pobres. Los determinantes que condicionan la existencia de estas enfermedades están dados por factores intrínsecos biológicos tanto genéticos como adquiridos, por ejemplo la desnutrición cuantitativa (carencia de alimentos) y cualitativa (falta de algunos alimentos) y por factores extrínsecos. Estos últimos son los más importantes y están relacionados con las condiciones de vida, siendo los fundamentales la pobreza, los vectores que transmiten las enfermedades y las actividades humanas como la deforestación y la alteración del

medio ambiente por el hombre. En este sentido, en la red de causalidad interviene el contacto con el agente infeccioso a través de agua contaminada y excretas, facilitado por la polución de ríos y canales. Entre los problemas que más se evidencian desde el punto de vista sociocultural en las poblaciones afectadas podemos señalar los siguientes: 1. Personas que viven en la pobreza y que padecen dos o más enfermedades olvidadas o emergentes. 2. Enfermedades olvidadas o emergentes que promueven la pobreza y son una barrera para la educación y el desarrollo económico. 3. Afectan tanto a individuos como a familias y comunidades. 4. Presentan una alta morbilidad y una marcada estigmatización (Ault, 2006). Las poblaciones vulnerables a las enfermedades de la pobreza socialmente no solo son pobres sino que también están marginados del sistema. Si bien varían en algunas características culturales según cada región y país, podemos señalar que los grupos más vulnerables socialmente y expuestos a padecer las enfermedades de la pobreza son los siguientes: comunidades indígenas, indigentes en barrios pobres, campesinos, africanos, niños pequeños pobres, mujeres embarazadas pobres, ancianos pobres, individuos institucionalizados en hospitales psiquiátricos, encarcelados, portadores pobres de VIH/sida (Ault, 2006).

Modelo médico hegemónico y paradigmas de la salud pública. ¿Qué relación tienen las enfermedades de la pobreza con el modelo médico hegemónico? El modelo médico biologicista, individualista, pragmático, ahistórico, medicalizado y tecnoidólatra, al articularse con los sectores sociales dominantes, se incorpora protagónicamente a los saberes y las prácticas hegemónicas del poder en los procesos de producción y reproducción. De modo que la medicina a través de este modelo es funcional al sistema de apropiación de la salud en términos de beneficio para unos pocos dominantes en detrimento del bienestar de los muchos dominados, pues legitima el control de aquellos sobre estos (Menéndez, 1985). La resultante es que el modelo médico hegemónico a través de la formación y el ejercicio de la profesión ignora las enfermedades de la pobreza dado que no interesan dentro de las condiciones y los requisitos que exige la economía de mercado con relación a la inserción de los profesionales. Obviamente la medicina no puede escapar a esta lógica del sistema. Por eso cabe preguntarse ¿cuáles han sido las relaciones de las enfermedades de la pobreza con los grandes paradigmas de la salud pública? Los grandes paradigmas de la salud pública de los últimos cincuenta años han variado cada diez años, con predominio de ciertas características esenciales que han identificado cada época. En 1950, la salud se equiparó al Estado de bienestar con relación a la era de la riqueza de las naciones. En 1960, la salud se asoció a la clásica tríada ecológica de agente, vector y huésped como concepción epidemiológica. En 1970, la salud se identificó con el estilo de vida, es decir, con los hábitos como causantes de enfermedades como el tabaquismo, el alcoholismo y el sedentarismo. En 1980 se pensó la salud desde los servicios y la importancia del salvataje con la capacidad del rescate en casos de urgencia. En 1990, la salud giró hacia el lado de la genética, y cobran importancia todas las características hereditarias y la interpretación del genoma humano como explicación de las enfermedades. En 2000, la salud debe recurrir a la bioética como marco regulatorio de las transformaciones tecnocientíficas en torno de la medicina de la evidencia a fin de evitar conflictos de intereses y en pos de garantizar el llamado “trilema de la salud”, es decir, la calidad, la equidad y la libertad de la atención médica (Storino, 2001). Como podemos apreciar, las enfermedades de la pobreza nunca han sido el paradigma predominante, salvo solamente en lo que se refiere al “dataísmo seudocientífico” de las cifras de pobres afectados por las distintas enfermedades transmisibles infecciosas y parasitarias. Debemos entender que ha llegado la hora de considerar las enfermedades de la pobreza desde un marco diferente y otra óptica.

Estrategias de lucha. ¿Qué sectores deberíamos incluir en la lucha? Deberíamos incluir, para cambiar la realidad actual, una visión epistemológica distinta, basada en el paradigma del pensamiento complejo (Morin, 2003) donde “*todo tiene que ver con todo*”. En este sentido, no hay una dicotomía en la realidad entre las ciencias biológicas y naturales y las ciencias sociales, y no se contrapone la filosofía con la ciencia; vale tanto el saber vulgar tradicional como el conocimiento científico, y tiene importancia lo cualitativo como lo cuantitativo. Por tanto, debemos incluir varios sectores relacionados con las enfermedades de la pobreza, como: 1. Salud; 2. Educación; 3. Economía y desarrollo; 4. Movilización social; 5. Derechos humanos, y 6. Medio ambiente e infraestructura. ¿Cuáles serían las mejores estrategias para combatirlas? En cuanto a las estrategias, deberían incorporarse nuevas formas para combatir las enfermedades de la pobreza. Estas tendrían que reunir las siguientes condiciones: 1. Integrales, es decir, complejas y multidimensionales. 2. Interprogramáticas, incluyendo varios programas de salud. 3. Intersectoriales, brindando nuevas oportunidades para la interacción, y 4. Multienfermedades, entendiendo las polienfermedades y la geografía de estas. Todas estas intervenciones e interacciones deberían enmarcarse en las metas del milenio de la Organización de las Naciones Unidas que, más allá de que logren cumplirse las intenciones, son

las siguientes: a) Erradicar la pobreza extrema y el hambre. b) Educación primaria universal. c) Equidad de género. d) Reducir la mortalidad infantil. e) Disminuir la mortalidad en la maternidad. f) Actuar sobre la amenaza de destrucción constante del medio ambiente. Las posibilidades y los resultados de que se cumplan estas metas y con ello la disminución e incluso la erradicación de algunas enfermedades de la pobreza en determinadas regiones del mundo, dependerían de la fuerza que tenga la bioética. Una bioética comprometida con los Derechos Humanos, en una sociedad movilizada y deliberativa para contrarrestar los efectos indeseables de la globalización, con la disfunción del medio ambiente y la amenaza de futuras generaciones que podrían englobar el número de los afectados por las enfermedades de la pobreza, será la mejor estrategia para salvar a la Humanidad de estos males (Gracia Guillén, 2002).

Referencias

R. Storino. "La cara oculta de la enfermedad de Chagas", *Revista Federación Argentina de Cardiología*, 29 (1), 2000, pp. 31-44. - F. Maglio. *Reflexiones (y algunas confesiones),* Buenos Aires, 2000, cap. 7, p. 85. - O. A. Martino. *Temas de patología infecciosa,* Buenos Aires, López, 1995. - J. P. Ehrenberg. "Neglected diseases of neglected populations: Thinking to reshape the determinants of health in Latin American and the Caribbean", *BMC Public Health*, 5, 2005, p. 119. - S. K. Ault. *PAHO´s Regional Strategic Framework for Addressing Neglected Diseases in Neglected Populations in Latin American and the Caribbean,* Taller Determinantes Epidemiológicos y Sociales de la Enfermedad de Chagas, Río de Janeiro, 20-23 de febrero de 2006. - E. Menéndez. "Modelo médico hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud", *Cuadernos Médicos-Sociales*, Nº 33, 1985. - R. Storino. "Un viaje más allá del endoscopio", *Revista Imágenes en Gastroenterología*, 8, 2001, pp. 1-2 (editorial). - E. Morin. *Introducción al pensamiento complejo*, Gedisa, 2003. - D. Gracia Guillén. "De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución", *Acta Bioética*, 8 (1), 2002, pp. 27-39.

Doctrina social de la Iglesia

Marcio Fabri dos Anjos (Brasil) - *Centro Universitario São Camilo*

Herencia histórica: la causa de la justicia y de los pobres. La *doctrina social de la Iglesia* (DSI) reúne principios y fundamentos derivados de la fe, pero también resultantes del diálogo de la Iglesia católica romana con las ciencias. En su conjunto hay muchos puntos de interés para la reflexión en bioética. La DSI respeta a la Iglesia católica, y en ella se encuentran los documentos de los papas y obispos con sus contenidos. Pero su conjunto doctrinario deriva de una herencia común a todas las Iglesias cristianas. Sus fuentes remiten al pueblo hebreo, antes de Cristo, en la ética social que genera el decálogo y plantea relaciones solidarias. Contiene la indignación de los profetas bíblicos frente a las injusticias sociales, las invasiones y el sometimiento por los imperios, las formas de opresión de la ciudad sobre el campo, y la imposición de los intereses de mercado sobre las personas. En la era cristiana Jesús enseña el encuentro misericordioso con las personas necesitadas, como criterio del encuentro con Dios. Más allá de un simple consejo espiritual, se propone con esto un principio iluminador para las relaciones sociales. Las comunidades cristianas primitivas han soñado por tener todo en común, superando la pobreza en su medio. Aún sin realizar tal sueño, la causa de los pobres persistió en ellas como interrogante de sus prácticas y teorías. Pensadores cristianos de los primeros siglos han criticado las situaciones de injusticias en la explotación de mercado, en el robo y la violencia. Pero siguen adelante para afirmar que la misma acumulación de bienes implica fácilmente la injusticia, y se torna una enfermedad para la humanidad. Ya en el siglo V el papa Gregorio Magno planteaba la misericordia para con el pobre como una cuestión de justicia. En el ápice de la Edad Media, Tomás de Aquino sistematiza el principio del bien común, la destinación de los bienes y los correspondientes límites éticos de la propiedad privada. Además de sus incoherencias históricas en esta área, las iglesias cristianas han mantenido la espiritualidad que les da fuerza para cuestionar los procesos sociales y religiosos en asuntos de justicia. Esto es un contexto general para la DSI.

Elaboración de fundamentos. La DSI, en su formulación actual, tiene una historia reciente donde el término *doctrina social de la Iglesia* surge con el papa Pío XII (1930). Allí se reúne el cuerpo doctrinal de la Iglesia sobre la sociedad, expresado en declaraciones oficiales de los papas y obispos, desde la encíclica *Rerum Novarum* del papa León XIII (1891). Esta encíclica abre nítidamente el encuentro de la Iglesia con la revolución industrial y luego con otras cuestiones de la sociedad moderna. La DSI no es un compendio sino una línea doctrinal que recorre numerosos documentos oficiales de la Iglesia. Son cuatro los principales fundamentos que se aplican en la DSI: *dignidad humana, bien común, subsidiariedad participativa, solidaridad.* 1. Por *dignidad de la persona humana*, se asume el ser humano como imagen y semejanza de Dios, llamado a la vida consciente y a la libertad; único e irrepetible en su individualidad; igualmente digno en sus diferencias, no obstante sus fragilidades; constituido como ser social, raíz para sus derechos y deberes en la vida de relaciones. 2. Por el *bien común* se afirma la prioridad del compromiso responsable de todas y de cada una

de las personas por el "*conjunto de condiciones de la vida social, para que permita a los grupos y a cada uno de sus miembros llegar de la manera más completa y ágil a su propia perfección*". Plantea la destinación universal de los bienes para suplir las necesidades de las personas; entiende como relativo el derecho a la propiedad privada. Socorrer a los pobres y superar las estructuras de pobreza se torna una cuestión de justicia. 3. Por la *subsidiariedad participativa* se plantea que los grupos intermedios y las iniciativas comunitarias, en ámbito de la sociedad civil, puedan participar activamente, desde sus particularidades, en la defensa y promoción de las personas en la vida social. Se valora la llamada a la creatividad en la construcción de la sociabilidad. Se defiende la participación democrática como un deber y un derecho de las personas. 4. Por la *solidaridad* se subraya la condición humana de interdependencia en la realización de la vida y, por ende, se contrapone al individualismo en sus variadas expresiones. Desde ahí se pasa a la identificación de los desafíos concretos a la solidaridad en sus distintos ámbitos, sean globales, internacionales, intergrupales o interpersonales. Se ponen los interrogantes sobre las inequidades económicas y políticas expresadas en los índices sociales de pobreza, en formas explícitas o implícitas de opresión, corrupción, impunidad, irresponsabilidad frente al bien común. El llamado a la solidaridad supone un sentido humanitario para la mutua ayuda en las necesidades humanas y ambientales.

Algunos puntos focales de la DSI. La DSI tiene sus puntos focales para cuyos fundamentos se recurre al diálogo con las ciencias. En una tal construcción analítica, la DSI no se muestra como una tradición estática, sino dinámica y luego evolutiva en su pensamiento. Tomemos algunos lugares básicos de sus preocupaciones para tener una visión más concreta de sus contenidos. *a) Trabajo.* El tema del trabajo representa en la DSI el encuentro de la Iglesia con la revolución industrial y sus incidencias socioantropológicas. Para la DSI, la persona humana es el parámetro de la dignidad en el trabajo como una actividad digna y dignificante. Se entiende por lo tanto como necesidad, derecho y deber. Al considerar específicamente las relaciones entre trabajo y capital, se defiende la participación en los frutos del trabajo, y se acusa la sobreposición de las cosas sobre las personas. En lo que atañe al derecho al trabajo, se subraya el rol de la sociedad civil y del Estado en defender las posibilidades de empleo y sus condiciones de dignidad; justicia en los salarios y en la distribución de rentas; la superación de discriminaciones étnicas y de género; y la explotación de personas vulnerables, en particular de niños. Defiende la importancia de asociaciones de trabajo y el derecho a la huelga. Reconoce la radicalidad de los cambios actuales en las formas de producción y la interpreta como un desafío a toda la humanidad para garantizar, en medio de estos cambios, el bien de las personas como centro de convergencia de toda producción y consumo. *b) Familia.* Sobre la familia, teniendo en cuenta sus crisis actuales, la DSI subraya su importancia para la construcción de la vida social, especialmente por la profundidad de las relaciones afectivas que supone, por los privilegiados espacios educativos que sus relaciones favorecen, con fuertes incidencias en el aprendizaje para la vida en sociedad; por la experiencia fundamental de solidaridad y gratuidad con la cual la familia, en sus distintos modelos, acoge a los seres humanos en su salto para la vida. Defiende uniones conyugales estables. Plantea la defensa de derechos sociales de la familia. *c) Economía.* La DSI mira la economía como un reto fundamentalmente ético, en cuanto necesidad de humanizar las reglas de producción, distribución y consumo en la vida social. Plantea un trasfondo cristiano de la dignidad más grande en el compartir que en el poseer. La libertad en economía es un derecho subordinado al bien común. La DSI reconoce la función social del mercado, pero insiste en su calidad de servicio a las personas, y por esto plantea la necesidad de su control por parte de la sociedad y del Estado. Desde los años setenta acusaba muy claramente que el mundo se tornaba "*cada vez más rico a costa de los pobres, cada vez más pobres*". Se insiste en la necesidad urgente de la educación para la ética en las relaciones económicas. *d) Política.* El poder político es ante todo un servicio a las personas, y para ellas está su finalidad última. La DSI se pronuncia a favor de los Derechos Humanos, de la democracia, el rol de la sociedad civil, la función del Estado. Está atenta a las relaciones entre Estado y comunidades religiosas. Asume igualmente temas polémicos como dictaduras y pena capital. Subraya la importancia de instancias de diálogo para las relaciones internacionales y para la construcción de la paz. Insiste en políticas por la superación del hambre, de las inequidades sociales. Plantea un avance en los derechos de ciudadanía, postulando una concepción no solo nacional o estatal, sino planetaria, de derechos y deberes de todos y de cada ser humano, como ciudadano del mundo. *e) Ambiente.* Valora la inteligencia científica y tecnológica como don y responsabilidad en la conducción del mundo. Llama la atención hacia la sabiduría contenida en los procesos dados de la naturaleza y subraya la responsabilidad frente a la crisis actual en las relaciones ambientales que amenazan el planeta; asume la estrecha conexión entre ecología ambiental y ecología humana. Sobre las biotecnologías, reconoce su legitimidad dentro de las fronteras de la

ética, en sus distintas exigencias. Apoya y participa de las reflexiones en bioética y en ecología. Reconoce que los tiempos tecnocientíficos traen nuevos estilos de vida que exigen un perfeccionamiento de la conciencia ética. *f) Violencia y paz.* La paz está considerada como una meta religiosa y social. Su base es la justicia. Reconoce que son inevitables los conflictos, acepta el derecho a la defensa y plantea la protección a los inocentes y vulnerables. Considera la guerra un fracaso que debe evitarse por persistentes negociaciones de paz. El terrorismo es visto como forma brutal de violencia. Plantea el desarme de las naciones, y el establecimiento de instancias internacionales de diálogo y de arbitraje frente a los conflictos. En el trasfondo cristiano de la DSI, aunque en términos más bien reservados para el interior de la vida eclesial, se propone como objetivo persistente para la marcha de la humanidad, la construcción de una civilización fundada en la reciprocidad y en el amor.

Referencias

R. Antoncich, J. M. Munarriz Sans. *Ensino Social da Igreja*. 3ª ed., Petrópolis, Vozes, 1992. - E. Bonnin. *Naturaleza de la doctrina social de la Iglesia: análisis del aspecto teórico, histórico y práctico*, México, Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana, 1990. - Camacho. *Doutrina social da Igreja*: *abordagem histórica*, São Paulo, Loyola, 1995. - Pontificio Conselho 'Justiça e Paz'. *Compêndio da doutrina social da Igreja,* São Paulo, Paulinas, 2005 [Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2004].

Poder

Si como dijo Max Weber, "Poder *es la probabilidad de que un actor dentro de una relación social esté en posición de realizar su propia voluntad, a pesar de las resistencias, independientemente de las bases en que resida tal probabilidad*", entonces la noción de poder es de alto interés para un campo de reflexión como la bioética que se ocupa precisamente de la realización de la libre voluntad de las personas, pero atendiendo a las resistencias legítimas que puedan ofrecer otras personas a ello. Por eso es que en América Latina, como en cualquier otra región del mundo, el análisis crítico del término *poder* no puede dejar de tomar a *dictaduras* e *imperialismos* como criterios básicos para observar en ese marco las exigencias de derechos realizadas en nombre de una condición o naturaleza humana que se pretende afirmar frente a la negación ejercida por la voluntad arbitraria contra toda resistencia. Se trata de exigencias que remiten a los supuestos de una ética universal. La prueba más elemental de verdad de esos derechos frente al ejercicio del poder, aunque no la única considerada en términos de exigencias ante lo injusto, ha sido el reconocimiento comunitario a los reclamos históricamente dados frente a dictaduras e imperialismos (v. *Poder e injusticia*). Ese reconocimiento supone haber alcanzado un estadio diferenciado en la concepción de la democracia (v.) como forma política opuesta a la dictadura y en la autodeterminación de las naciones como forma opuesta a la imposición normativa por otros pueblos (v. *Imperialismo moral*).

Poder e intereses. Fue Habermas quien señaló –para criticarlo– el ordenamiento que adoptan los grados decrecientes de racionalidad de la conciencia del sujeto agente: racionalidad con arreglo a fines, racionalidad con arreglo a valores, racionalidad afectiva y racionalidad tradicional, siguiendo la secuencia de tipos de acción propuesta por Max Weber. En la primera, el sentido subjetivo comprende tanto los medios, fines y valores como las consecuencias, pero en la racionalidad tradicional solo abarcaría los medios. A partir de allí Weber distinguirá entre la interacción basada en la *complementariedad de intereses* y las interacciones que reposan en un *consenso normativo* tal como el de los sistemas jurídicos modernos y su creencia en la legitimidad de un derecho natural racional. Este derecho, en la idea de un contrato (v. *Contrato social*), se reducirá a procedimientos de formación de una voluntad racional. Pero esta tipología establecida por Weber, y en particular su consideración sobre el papel de la voluntad racional en la legitimidad de la norma jurídica, le resulta oscura a Habermas. De allí que este distinguirá entre acciones *instrumentales* (observancia de reglas de acción técnicas en la que se evalúa el grado de eficacia de la intervención que esa acción representa en un contexto de estados y sucesos); acciones *estratégicas* u orientadas al éxito (observancia de reglas de elección racional en la que se evalúa su grado de influencia sobre las decisiones de un oponente racional), y acciones *comunicativas* (los planes de acción de los actores implicados no se coordinan a través de un cálculo egocéntrico de resultados sino mediante actos de entendimiento basados en una definición compartida de la situación). El concepto de entendimiento se distingue así del mero ejercicio de una supuesta voluntad racional y le otorga a la conciencia moral un lugar distinto al de la conciencia autónoma. En este marco, la importancia y las características de las relaciones entre justificación racional y conciencia moral dependen de la teoría que defendamos en bioética. El sostener una u otra teoría nos ha de llevar no solo a mencionar el mayor número de conceptos históricamente relevantes en la ética (v. *Bioética. 1. Conceptos éticos*) con el afán de tener una teoría 'completa', sino también a otorgar determinados significados a esos conceptos dentro de la tradición filosófica (v. *Bioética. 2. Teoría tradicional*) y mayor o menor relevancia en la dinámica global de la teoría (v. *Bioética. 3. Crítica latinoamericana*). De este modo se puede evitar que en una teoría ética los principios remplacen a un sistema moral complejo y unificado. Las razones finales (los principios) para justificar moralmente una acción no son la razón final para actuar moralmente o no. El recurso a principios morales para justificar acciones universalizables se origina en exigencias de la conciencia particular y se valida en el reconocimiento general de dichas exigencias. Es la *convicción íntima* del lugar y la relevancia que un principio moral tiene en la complejidad de elementos de la conciencia moral particular lo que conduce al mandato que nos lleva a actuar. Entre esos elementos se encuentran los principios pero también los valores y las virtudes. El acto moral es distinto de la acción moralmente justificada ya que el acto expresa la síntesis de dicha acción racional con la totalidad de elementos de la conciencia en pleno ejercicio de su libertad. La razón es menos que la conciencia y es por ello que la razón puede progresar, paradójicamente, mucho más. Esto permite explicar, por ejemplo, la disociación entre razones morales y acciones estratégicas o autointeresadas que constituye la vía más

frecuente, extendida y perniciosa en el vaciamiento moral del mundo de la vida por el ejercicio del poder. Esta disociación ideopragmática, que es heredera del racionalismo de la modernidad, se vio multiplicada y progresivamente acelerada con el desarrollo científico-tecnológico y su poderío en el campo de las ciencias de la vida y la salud durante la segunda mitad del siglo XX. La pretendida integración que propuso Potter cuando acuñó el término *bioética* se desvaneció en poco tiempo bajo el fundamentalismo de los principios como concepción dominante.

La disociación entre poder y ética en la fundamentación de las acciones. La globalización política del pragmatismo económico-tecnológico y la internacionalización académica de la bioética de principios han representado una nueva faceta de la disociación entre razones y acciones (v. *Ética y política*). Pero se trata de una disociación desequilibrada donde el poder encerrado en las acciones –o las acciones fundadas en poder– excede ampliamente en magnitud a las razones morales. De allí que ocurra, asimismo, que las razones morales en tanto discursos prácticos que refieren a la situación de los afectados en el mundo de la vida se ven absorbidas rápidamente por los discursos teóricos de los observadores interesados. Cuando en octubre de 2001 la compañía GlaxoSmithKline transfirió los derechos sobre sus fármacos antirretrovirales para HIV/sida a la empresa sudafricana productora de genéricos Aspen Pharmacare, seis meses después de que 39 empresas farmacéuticas abandonaron la batalla legal contra el derecho del gobierno sudafricano a importar medicamentos más baratos, el argumento central de esa decisión lo constituyó la creencia en un marco legal "equilibrado" que redujera los precios en África sin dañar *los intereses* en Europa y Norteamérica. La apelación a esta "reflexión equilibrada" muy posiblemente indique una característica del modo efectivo en que llega a operar "la razón comunicativa". Es posible pensar consecuentemente que las grandes empresas no solo estudien la concepción de la justicia más difundida en el liberalismo sino que además intenten dar cuenta de los principales conceptos de ella a la luz de su racionalidad operativa que es por definición una razón estratégica de intereses (v. *Biopiratería*). Si esto fuera así, el sentido de los discursos práctico-morales habría que tratar de entenderlo sustancialmente por sus relaciones con los discursos estratégicos y los intentos y posibilidades de reducción mutua o del predominio de unos sobre otros. Es por ello que el idealismo de una bioética de principios en un contexto que no es "*una situación ideal de habla*" a lo Habermas, ni reúne "*circunstancias de justicia*" a lo Rawls, está destinado al fracaso. La globalización no significa una linealidad determinista unidireccional. Como todo proceso histórico, es dinámico y contradictorio. La cuestión está en ver qué concepción puede responder en modo contextualmente más coherente a esa tendencia que en su desequilibrio estratégico-moral da lugar a nuevas generaciones de jóvenes en las que la anomia se impone como síntoma de reconocimiento de la derrota de la racionalidad moral frente a la razón estratégica. Por eso es que a la mesa del diálogo moral deben sentarse aquellos cuyos argumentos tengan la condición de ser morales, esto es, desinteresados. Es posible que un sujeto cuya actividad primaria sea una actividad estratégica basada en intereses –por ejemplo obtener el mayor rédito para sus inversiones industriales– pueda enunciar algún argumento moral dirigido a una situación particular. Pero el presupuesto inicial para sus argumentos, y hasta que no se demuestre lo contrario, es la defensa de intereses propios y no universales. Sin embargo, la forma liberal-pragmática de pensamiento parte del supuesto –falso– de que las formas autointeresadas de argumentación no tienen diferencia alguna con las formas morales de argumentación y que, por ejemplo, los argumentos de la industria farmacéutica en orden a la regulación moral de sus actividades tienen la misma jerarquía axiológica que los de las poblaciones afectadas por la epidemia VIH/sida en los países pobres.

Historia, poder y pragmatismo. Para García Márquez, la eternidad es el ejercicio omnímodo del poder por el patriarca. La eternidad está encerrada en el ejercicio sin límites del poder y en la imposibilidad de construir la propia historia. Sin embargo, ha habido quienes han defendido la idea de que la historia no tiene lugar en la razón actual. Así lo han afirmado algunos filósofos que se ha dado en llamar posmodernos, como asimismo el neopragmatismo. Es la idea del fin de la historia, del fin de los relatos, que sería propia de la posmodernidad. Se trataría de un momento donde se habrían acabado las historias y las narraciones como construcción de sentido. Podría abandonarse entonces la construcción de la realidad por narraciones como *Cien años de soledad* o *El otoño del patriarca* y abandonarse también todo relato mítico. Se trataría del momento del instante pragmático. Esta idea supone que en ese actuar instantáneo, el que comanda las decisiones es quien tiene el poder. Cuando no hay historia, cuando no hay debate, cuando está anulado el cambio histórico, lo único que queda es el ejercicio del poder (v. *Dominación y hegemonía*). La historia transcurriría como un ejercicio del poder que mediante el pragmatismo económico y político de la globalización quedaría asociado al neopragmatismo filosófico y enlazado con versiones bioéticas como la del fundamentalismo de los principios éticos. Finalmente se habrían terminado las ideologías.

Con esta difusa afirmación se pudieron incluir el fin de las disputas por sistemas sociales alternativos, por la contraposición entre planificación y mercado, por las políticas de demanda y las políticas de oferta, por la sustitución de importaciones o la apertura de las economías, por las nociones de convención y naturaleza, y de apariencia y realidad, y por el carácter de lo humano y lo no humano. No obstante, el final de las ideologías no significaba para sus defensores el fin sino el principio de las discusiones útiles. Las discusiones sobre las ventajas o inconvenientes de los diferentes sistemas de provisión de servicios sanitarios o educativos eran más interesantes que las viejas discusiones entre los partidarios de diferentes "modelos de sociedad". Desde el punto de vista de los neopragmatistas, la noción de "Derechos Humanos inalienables" no resultaba mejor ni peor que el eslogan de la "obediencia a la voluntad divina" ya que no daba razones para la acción, y ponía demasiada presión en preguntarse por los Derechos Humanos siguiendo a la filosofía tradicional basada en la metafísica que presuponía que el progreso moral consiste en incrementar el conocimiento moral. Todas esas supersticiones o dispositivos de los débiles para protegerse de los poderosos –en palabras nietzscheanas– debían dejarse de lado para debatir la utilidad que pudiera tener el conjunto de constructos sociales que llamamos "Derechos Humanos". Así se puso en discusión la utilidad de la Declaración de Helsinki y la utilidad asimismo del término *dignidad*.

Poder e ideología. Las distintas formas del pragmatismo lograron como consecuencia de sus concepciones, y en modo contrario a sus postulados, el demostrar la plena vigencia de los discursos ideológicos. Los neopragmatistas radicales que pretendían convertir toda verdad al principio de utilidad no terminaron con las ideologías y fueron incapaces de construir una teoría aceptable de la moral. En lo que la concepción neopragmática tuvo una profunda lucidez, sin embargo, fue en percatarse de que su propio talón de Aquiles lo constituye una sólida teoría de las ideologías y que el enemigo de una pretensión pragmática de la moral se encontraba en los Derechos Humanos. Si bien el término *ideología* ha tenido diversas acepciones desde que fue acuñado, y el abuso de su utilización anterior y actual induce a usarlo menos de lo debido o a usarlo mal, lo cierto es que con esas diversas acepciones se ha referido a las determinaciones sociales del pensamiento que no son conocidas, a la mediación de las ideas por el *interés* y consecuentemente a la tarea de desenmascaramiento de los prejuicios sociales, al lugar de las formas de la *conciencia social,* entendida como unidad de vinculación entre relaciones sociales y significados, y al carácter de *falsa conciencia* que tiene la forma ideología en tanto no solo no expresa la verdad sobre el mundo sino que además se presenta ante todos como si tuviera plena capacidad para hacerlo. En cualquier caso, es en los textos y en el lenguaje donde operan las formas ideológicas. Y no se trata de textos que van a aparecer ante nosotros en modo explícito y con la inmediata evidencia de su carácter ideológico, sino que, al igual que sucede con los actos fallidos en tanto emergencia abrupta de lo inconsciente que exige ser resignificada, los discursos ideológicos aparecen en fragmentos deshilvanados cuyo desprendimiento de la realidad no se observa a primera vista sino en el momento en que podemos establecer que los mismos hablan de una realidad que no existe. Es por esto que la tarea principal frente a la ideología en general y a la ideología moral en particular es hacer lo que el neopragmatismo rechaza y que es descubrir la apariencia de los discursos. Porque si algo caracteriza a la ideología no es ya la determinación de los discursos por los intereses que encubre (esa característica que se quiso rechazar anunciando el fin de las ideologías), sino la instauración en el mundo de intereses precisos mediante la globalización de la forma ideológica de los discursos para fortalecer esquemas de poder y prestigio social (v. *Control social*). El resultado de abandonar la distinción entre apariencia y realidad que piden los neopragmatistas conduce a dejar de lado toda interpretación y, por tanto, según ellos, al fin de las ideologías para remitirse a una mera consideración de lo útil. Sin embargo, esa postulación implica una cuestión no enunciada y es que el abandono de toda interpretación solo puede darse si se impone esa postulación que al fin y al cabo no es más que una interpretación y que será útil o eficaz precisamente en la medida en que se imponga. Es lo que Lewis Carroll sintetizó maravillosamente en *Alicia a través del espejo*: "*–Cuando yo empleo una palabra –dijo Humpty Dumpty con el mismo tono despectivo–, esa palabra significa exactamente lo que yo quiero que signifique, ni más ni menos. –La cuestión es saber –dijo Alicia– si se* puede *hacer que las palabras signifiquen cosas diferentes. –La cuestión es saber –dijo Humpty Dumpty– quién dará la norma... y punto*". Por eso es que la ideología en bioética no es más que la pretensión de imponer una determinada interpretación normativa bajo el manto de una aparente neutralidad axiológica. Y es una pretensión que a la vez busca ser eficaz o "útil" en lo político y cultural. Sin embargo, no todo discurso es ideológico y la seudolegitimación moral adopta formas particulares. Se trata de evidenciar la forma ideológica de textos y discursos mediante interpretaciones adecuadas. El sostener la generalidad de que todo discurso es ideológico conduce a no señalar ninguna forma nueva de interpretación sobre textos

particulares y a facilitar la mayor eficacia de aquellos discursos que sí encierran formas ideológicas.

La ideología angloamericana en bioética como expresión de poder. Hablar de la ideología angloamericana en bioética supone en primer lugar particularizar un supuesto aceptando que no todos los autores y textos pertenecientes a esa área cultural producen formas ideológicas. Al referirnos a la ideología angloamericana señalamos tres cuestiones características. La primera corresponde al lugar de donde emerge una interpretación determinada, entendiendo ese lugar como aquel sustrato común del que habla Jonsen para referirse precisamente al *ethos* de Estados Unidos al señalar su moralismo, su "progresismo" e individualismo moral. La segunda corresponde al tiempo en el que una determinada forma ideológica se hace visible. La tercera corresponde al grado de eficacia de un núcleo determinado de producción de sentido moral para imponer globalmente su interpretación normativa (v. *Imperialismo moral*). Por eso es que debemos abordar la relación que guarda la bioética con el liberalismo y la globalización en la unidad de su principio y su fin. Si entre principio y fin de la bioética operan causas, podríamos pensar que la emergencia de un campo de estudio normativo, como la bioética y su devenir, quizás se encuentre ligada a los factores fácticos de los sistemas políticos en los que ese estudio ha emergido. Pero si esto puede ser así, también hay que aceptar que en parte de su 'pretensión' el discurso de la bioética se presenta como 'neutro' por la universalidad que reclama más allá del pluralismo moral. De modo que si esta neutralidad es solo aparente, porque en realidad oculta posiciones que no se explicitan, entonces los discursos bioéticos nos mostrarán una 'falsa conciencia' de la realidad o, lo que es lo mismo, una 'ideología' determinada (en este caso liberal-globalizadora). El problema fundamental, sin embargo, es poder superar una posición *seudocrítica* generalizadora y vacía para señalar dónde es que se verifican las operaciones de encubrimiento de esa ideología. Solo así será posible una confrontación eficaz de discursos en orden a esperar algún cambio en la realidad. Porque no se trata simplemente de 'argumentar', ya que los procesos de argumentación pueden ser aparentes y falsos. De hecho, la apelación a la 'argumentación' dando por sentado que la estructura y condiciones de toda argumentación son legítimas no es otra cosa que una variante ideológica de la pretensión de imposición de los discursos. Los usos del argumento presentan problemas lógicos sobre el proceso racional de la argumentación que pueden señalarnos la irrelevancia de los criterios e ideales analíticos. Por eso, de lo que se trata es de ver cómo la apelación a lo irrelevante puede representar en sí misma una lógica aparente. Porque señalar lo ideológico es precisar las de-terminaciones falsas del discurso, es decir, aquellos aspectos que hacen que un discurso aparentemente cerrado, terminado (llevado a su fin), se abra en virtud de la verdad. De allí que lo ideológico pueda estar presente en todos y cada uno de nosotros en la medida en que tengamos una falsa conciencia de la realidad que los otros nos puedan descubrir. Por lo que, si aspiramos a practicar una bioética verdadera, no nos queda otra alternativa que someter a crítica el manto de apariencias que pueda encubrir a nuestra moralidad.

[J. C. T.]

Ética y política

Volnei Garrafa (Brasil) - *Cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Brasilia*

Concepto. El sentido clásico de política se origina del griego *pólis*, que significa todo lo que se refiere a la ciudad y, consecuentemente, lo que es urbano, civil, público y hasta sociable y social. En la época moderna el término perdió el significado original y pasó a ser usado para indicar la actividad o conjunto de actividades que, de algún modo, tienen como término de referencia el Estado. Derivado de este concepto, la *pólis* es a veces sujeto, cuando se refiere a actos políticos, por ejemplo el sacar y transferir recursos de un sector de la sociedad a otro; u objeto, cuando se refiere a acciones políticas, como la defensa nacional o las conquistas de territorios (Bobbio, Matteucci y Pasquino, 2004). Como tantas otras expresiones estudiadas en este diccionario, la que relaciona ética con política justificaría una publicación individualizada. Por motivos obvios, vamos a detenernos solamente en tres aspectos: la política y el poder; la política, lo social y la ética; y la política como ética de grupo.

La política y el poder. De acuerdo con un concepto más amplio, existen tres clases de poder: el económico, el ideológico y el político, que es objeto de la presente discusión. El concepto de política, entendido como forma de actividad humana, está estrechamente relacionado con el poder. El poder es definido muchas veces como una relación entre dos sujetos, donde uno impone su voluntad al otro, determinando el comportamiento. Como el dominio sobre los hombres no es en general un fin en sí mismo, el poder como tipo de relación necesita ser complementado con la definición del poder como posesión de los medios que permiten que sean alcanzados los efectos deseados. Lo que caracteriza

el poder político es la exclusividad del uso de la fuerza con relación a la totalidad de grupos que actúan en determinado contexto social (Bobbio, Matteucci y Pasquino, 2004). Tal exclusividad, a su vez, es resultado de un proceso que se desarrolla en toda sociedad organizada, en el sentido de la monopolización de la posesión y uso de los medios con que se puede ejercer la coacción física. En una especie de contra-sentido a esto, es especialmente feliz la expresión propuesta por Amartya Sen y que se refiere al "empoderamiento" como tema político, pero también social, respecto al cual se hablará más adelante (Sen, 2000).

La política, lo social y la ética. Lo que proporciona humanidad a los seres biológicamente reconocidos como humanos es consecuencia de un proceso colectivo que se consustancia en la producción y reproducción continuas de los significados atribuidos a las prácticas sociales. En este sentido, la propuesta de politización de la bioética tiene relación con el presupuesto de que la acción social políticamente comprometida es aquella con capacidad de transformar la *praxis* social. La globalización de la economía mundial, en lugar de disminuir la distancia entre ricos y pobres del planeta, endureció todavía más las contradicciones, acentuando los problemas ya existentes. En los países en desarrollo (periféricos), la mayoría de la población sigue luchando por la obtención de condiciones mínimas de supervivencia y dignidad. Mientras esto sucede, a partir del concepto de ética aplicada propuesto e implementado por los países ricos (centrales), es creciente el proceso de despolitización de los conflictos morales, por más graves que sean. En las últimas décadas del siglo XX –y determinadas corrientes de la bioética contribuyeron para eso– la ética pasó a ser utilizada en muchas instancias como una herramienta horizontal y aséptica al servicio de lecturas e interpretaciones neutrales de conflictos colectivos registrados en poblaciones marginadas o socialmente excluidas del proceso de desarrollo societario. La estrategia de puntualizar la discusión respecto de la inclusión social como referencia en la agenda de las discusiones éticas, contribuye para aproximar este campo de la política. Tres expresiones indispensables en el análisis de la inclusión social en el contexto ético-político son: empoderamiento, ya mencionado, liberación y emancipación. La idea de empoderamiento de los sujetos individuales o colectivos, vulnerados como consecuencia del proceso histórico y de las características culturales de las sociedades en las cuales están insertos, atraviesa el todo social, en una postura de complicidad fortalecedora de la idea de libertad, que amplifica las voces de estos segmentos ajenos al poder de decisión y promueve su inserción social. La idea de empoderamiento estaría, por lo tanto, sostenida en la articulación orgánica entre los diferentes grupos y segmentos, proceso que es lo que transforma un mero aglomerado de individuos en una sociedad (Durkheim, 1990). Como la desigualdad es construida en el medio social, suplantarla implica el reconocer la relación entre autonomía y responsabilidad. La autonomía se manifiesta no solamente en la capacidad de responder a una situación que atienda al mismo tiempo a la moralidad social, normas legales, necesidades y deseos de los individuos, sino también en el reconocimiento de las interconexiones existentes entre los seres humanos y todas las formas de vida, así como en la responsabilidad existencial exigida frente a ellas. La idea de liberación, todavía, implica más que el simple reconocimiento de la existencia del poder. Ella, necesariamente, apunta para el *locus* donde se instalan las fuerzas capaces de obligar a los individuos a la sujeción y a la fragilidad, esta última manifiesta por la incapacidad de los mismos de desprenderse de la sumisión. Al definir estos polos, el educador brasileño Paulo Freire identifica la oposición entre el cautiverio (o la privación del derecho a escoger) y la liberación, como el verdadero ejercicio de la autonomía; de este modo, señala, los sujetos sociales son, eminentemente, actores políticos cuya acción puede tanto mantener como transformar el statu quo (Freire, 2001). Tal concepción de liberación devela las posiciones de poder y permite vislumbrar una toma de posición en el juego de fuerzas por la inclusión social. Su utilización como categoría referencial de la llamada *bioética de intervención*, de inspiración latinoamericana, pretende apuntar en cuál dirección se debe conducir la lucha política para garantizar tal libertad (Garrafa y Porto, 2003). Su adopción permite visualizar la lucha de ciudadanos que logran su inclusión social, sea en el contexto de la salud o en contextos más amplios, a partir de la toma de conciencia sobre las fuerzas que los oprimen y por acciones concretas en oposición a ellas. La expresión emancipación, a su vez, tiene un sentido más suave que empoderamiento o liberación, pero es útil a la discusión aquí expuesta. El sujeto emancipado es el sujeto libre. El joven emancipado es aquel que adquirió el estatus de mayoridad y pasa a ser señor de sus propios actos. Emancipación significa independencia, franqueo, libertad, el caminar que se inicia con la liberación. Está emancipado aquel que suprimió la dependencia, que alcanzó el dominio sobre sí mismo y puede garantizar su supervivencia. El poder sobre sí mismo es el que otorga la emancipación y vuelve tornando a la persona inmune a las fuerzas que procuran sujetarla. Por tanto, suprimir la dependencia es precondición para la emancipación, sea de las personas, sea de los Estados. La bioética social,

para ser efectiva, además de la disposición, persistencia y preparación académica de parte del sujeto interesado en su desarrollo, exige una especie de militancia programática y coherencia histórica, sea este sujeto un estudiante, trabajador sanitario, miembro de un comité de ética o investigador. La politización de la bioética es una forma concreta de contribución para la construcción de la justicia social, una vez que se considera la bioética, en este contexto, un nuevo instrumento, una nueva herramienta teórica y metodológica con suficiente vigor y actualidad para actuar concretamente en la construcción de la ciudadanía y de la verdadera democracia.

La política como ética de grupo. El criterio más adecuado para juzgar las acciones individuales es el de la ética de la convicción, mientras el criterio de la ética de la responsabilidad se usa ordinariamente para juzgar acciones de grupos o practicadas por un individuo, pero en nombre y por cuenta del propio grupo, sea este el pueblo, la nación, la Iglesia, el partido. Así, se puede decir, en otras palabras, que la diferencia entre moral y política, o entre la ética de la convicción y la ética de la responsabilidad, corresponde también a la diferencia entre ética individual y ética de grupo. El contraste entre moral y política, entendido como contraste entre ética individual y ética colectiva (de grupo), sirve para explicar la disputa secular existente con relación a la expresión "por razones de Estado". El Estado tiene razones que el individuo no tiene o no puede hacer valer. Este es también un modo de evidenciar la diferencia entre política y moral, o sea, cuando tal diferencia se refiere a los diversos criterios según los cuales se consideran buenas una o más acciones en estos dos campos. En conjunto con las razones de Estado, la historia apunta, independientemente de las circunstancias de tiempo y lugar, ora una razón partidaria, ora una razón de clase o de nación, que representan, bajo otro nombre, pero con la misma fuerza y consecuencias, el principio de la autonomía de la política, comprendida como autonomía de los principios y reglas de acción válidas para el grupo como totalidad, en confrontación con aquellas que valen para el individuo dentro del grupo (Bobbio, Matteucci y Pasquino, 2004).

Referencias

Norberto Bobbio, Nicola Matteucci, Gianfranco Pasquino. *Dicionário de Política*, Brasilia, Editora Universidade de Brasília, 2004, pp. 954-962. - Émile Durkheim. *As Regras do Método Sociológico*, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1990. - Paulo Freire. *Pedagogia da Autonomia*, São Paulo, Paz e Terra, 2001. - Volnei Garrafa. "Inclusão social no contexto político da bioética", *Revista Brasileira de Bioética*, Vol. 1, Nº 2, 2005, pp. 122-132. - Volnei Garrafa, Dora Porto. "Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice", *Bioethics*, Vol. 17, Nº 5-6, 2003, pp. 399-416. - Amartya Sen. *Desenvolvimento como Liberdade*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

Poder e injusticia

Marcio Fabri dos Anjos (Brasil) - *Centro Universitario São Camilo*

Los conceptos de poder y de justicia-injusticia se abren para innúmeros aspectos y distintos enfoques considerados por las ciencias. Asumiendo aquí el binomio *poder* e *injusticia*, lo hacemos en una aproximación selectiva, como un aporte ético sobre las clamorosas inequidades sociales que sufren la América Latina y el Caribe, en las relaciones de poder. Y, además de eso, también para sugerir que sería insuficiente una reflexión en bioética que no considerara las grandes asimetrías de poder que destruyen vidas concretas y amenazan perspectivas de vida de poblaciones enteras y de la misma Tierra.

Conceptos e identificación metodológica. El poder es, ante todo, una condición inalienable del ser humano, desde su propio espacio físico ocupado por su corporeidad, y por tanto no puede ser demonizado a priori. El poder en este sentido es intrínseco a la ontología de los seres humanos y se encuentra presente en todas las expresiones de su existencia. Un tal poder en para las esferas de la ética, como sabemos, cuando es ejercido con conciencia, libertad y autonomía. Pero el ser humano es también limitado, por su misma condición, y, por esto, la fragilidad es un rostro escondido del poder. El criterio ético para evaluar el ejercicio del poder no puede ser buscado unilateralmente en la persona que lo emplea, sino en la relación con el poder y la fragilidad del otro con el cual se interacciona. En la explotación o desconsideración de la fragilidad del otro se manifiesta la injusticia en el ejercicio del poder. Es por veces complejo identificar y definir la injusticia, entre otras razones, porque el poder muy fácilmente se autojustifica, lleva a la acomodación frente a las fragilidades o, aún peor, tiende a fortalecerse siempre más en la explotación de las fragilidades. El poder establecido se impone como un "derecho adquirido", muy difícil de ser sociológicamente revertido y así mismo éticamente criticado. Las vidas amenazadas en su calidad o destruidas se presentan siempre por lo menos como sospecha de injusticia en las relaciones de poder. Esto sugiere un paso metodológico en la evaluación ética del poder: dejar hablar, o hacerse oír, desde el dolor del otro, principalmente desde lo que más amenaza su vida; oír su memoria; sondear su futuro.

Herencia histórica y cultural. Latinoamérica, además de los colores de su cordialidad y sus fiestas, carga con una experiencia muy ambigua en los juegos del poder social. Su historia está marcada por profundas asimetrías, particularmente en su paso por el colonialismo avasallador sobre los pueblos indígenas, por la explotación del trabajo esclavo, por el establecimiento de sistemas patriarcales y machistas, y por estructuras de servilismo y dependencia en general. La vida de los que pueden poco, vale poco, esta es la realidad. Tales asimetrías llegan hasta nuestros tiempos, como una pesada herencia cultural, que anestesia la sensibilidad ética para percibirla y la voluntad política para revertirla. Un clima de corrupción deja a la justicia sometida a los intereses del poder. Las inequidades se instalan en la misma estructura de la sociedad y repercuten directamente en las condiciones de salud, habitación, educación, empleo, salario, expectativa de vida. Es muy sintomático que por lo menos la mitad de las poblaciones por debajo de la línea de pobreza en Latinoamérica sean de etnias definidas como indígenas y afrodescendientes. Además de esto, se verifica que "*la pobreza de los grupos socialmente excluidos es permanente y no transitoria*". En el ámbito internacional, el continente latinoamericano experimenta desde hace mucho las asimetrías en las relaciones de poder, especialmente por su experiencia de sucesivas versiones de colonialismo. Sus deudas externas e internas y sus recientes dictaduras son signos de sus fragilidades económicas y políticas. En un tal contexto se ubican las vidas de baja calidad o eliminadas. Los tiempos actuales han aportado nuevas connotaciones y desafíos. El neoliberalismo político y particularmente el económico se utilizan para dejar a los individuos a su propia suerte, omitiendo las interpelaciones que derivan de sus fragilidades. El establecimiento de las formas de poder, en cuanto ciencia y tecnología, implica nuevos retos para la evaluación ética del poder, especialmente porque pueden servir a su más grande concentración, en una espiral por la cual el poder genera poder, que queda en las manos de los que lo poseen. El poder técnico se convierte muy fácilmente en poder ético y se torna arrogante y avasallador. Por otra parte, las tecnologías han elevado en mucho el poder de producción y han agudizado el consumo. El mercado, a su vez, especialmente a través de los medios de comunicación de masas, sigue provocando el deseo por los bienes de consumo. Resulta en grandes líneas el despertar de la conciencia de los pobres sobre sus límites de acceso a tales bienes y, por ende, su insatisfacción y violencia. De hecho, la violencia crece asustadoramente en Latinoamérica. Baja el nivel de confianza entre las personas en todas las relaciones sociales, hasta en el simple caminar por las calles. Algunos indicadores anuncian la necesidad urgente de disminuir las inequidades por el riesgo inminente de tornar el acogedor continente latinoamericano en un espacio poco favorable a la vida en sociedad. Aunque se consideren demasiado alarmistas estas afirmaciones, se pueden ver ahí algunos signos de la incidencia de las asimetrías del poder en la vida social.

Poder e injusticia en la reflexión de la bioética. La experiencia latinoamericana del binomio *poder e injusticia* obviamente no se agota en las asimetrías, pero sí puede contar con históricas y actuales expresiones que siguen por otro camino. Desde la sensibilidad ética que acompaña a estas expresiones, se consigue identificar dónde se manifiestan las extrapolaciones del poder como injusticia, y al mismo tiempo se toma aliento para impulsar la búsqueda de alternativas. La reflexión de la bioética en Latinoamérica ha sido un espacio para desarrollar tal sensibilidad en sus fundamentos teóricos y en sus planteamientos prácticos para la acción. Su experiencia de poder e injusticia permite naturalmente notar con más claridad la relación que hay entre las estructuras macrosociales y la calidad de vida de las personas; percibir que sus posibilidades de vida, desde la salud, educación, formas de inserción en la sociedad, hasta su momento y modo de morir, pasan por relaciones sociales más amplias, por políticas públicas, por intereses económicos o, en una palabra, por un gran juego de poder en la sociedad. La entrada más explícita de la consideración por las relaciones de poder en la bioética fue bien impulsada por la organización y participación latinoamericana en el congreso internacional bajo el tema "Bioética: poder e injusticia" (Brasilia, 2002). Con esto se ha conseguido llamar la atención de la reflexión bioética mundial respecto a las incidencias, especialmente políticas y económicas, del poder en las decisiones sobre la vida. Los frutos ya se perciben en los contenidos de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, de la Unesco. En síntesis, el binomio *poder-injusticia* tiene su importancia en la reflexión de la bioética: a) porque las asimetrías de poder que se agudizan en la sociedad, análogamente a las preocupaciones de Potter, representan una amenaza a la sobrevivencia ya en el presente y para el futuro próximo; b) porque en una lectura crítica de los procesos sociales, en clave de contraposición de poderes e intereses, se puede percibir muy claramente la estrecha relación entre las construcciones del poder en la sociedad y las preguntas de la bioética sobre la vida; c) porque una tal lectura crítica ayuda decisivamente a comprender y a identificar los procesos y las estructuras culturales y sociales que favorecen o perjudican las condiciones de vida en el mundo; d) porque la pregunta sobre las

injusticias resulta en un buen camino para poner el poder frente al espejo de la ética; e) porque, sea por caminos de la virtud, o de la responsabilidad, u otros por modelos de reflexión en bioética, el dolor, el sufrimiento y la muerte interrogan frontalmente a los poderes humanos y, por ende, desafían a los seres humanos a humanizarlos. Se puede percibir que el binomio *poder-injusticia* no será tomado de forma pragmática para extraer posibles evaluaciones operacionales. Pero su consideración en bioética favorece una comprensión más adecuada de las relaciones sociales y una identificación más clara de los desafíos éticos para la construcción de la vida en sociedad.

Referencias

Banco Interamericano de Desenvolvimento na América Latina. *Inclusão social e desenvolvimento econômico na América Latina,* Río de Janeiro, Campus, 2005. - J. C. Chasteen. *América Latina, uma história de sangue e fogo*, 3ª ed., Río de Janeiro, Campus, 2003. - Volnei Garrafa, Leo Pessini (org.), *Bioética: poder e injustiça*, São Paulo, SBB & Loyola & S. Camilo, 2003.

Imperialismo moral

Volnei Garrafa (Brasil) - *Cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Brasilia*

Definición conceptual. Imperialismo moral, en bioética, significa el intento de imposiciones, por medio de diferentes formas de coacción siempre violentas, de patrones morales específicos de determinadas culturas, regiones geográfico-políticas y países, en contra de otras culturas, regiones o países. Del mismo modo que con relación a otras cuestiones generales como educación, libertad y política, el tema del imperialismo es bastante amplio. A pesar de que la expresión es relativamente reciente (cerca del año 1870), para un estudio histórico retrospectivo se tendrían que discutir categorías como colonialismo, neocolonialismo y subdesarrollo (en las teorías marxistas con respecto al imperialismo); militarismo y *surplus*, nuevo concepto que sustituye a la plusvalía (en la teoría del capitalismo monopólico); mercado (teoría socialdemócrata); capitalismo (teoría liberal); anarquismo, hegemonía y Estado-potencia (teoría de la razón de Estado). De modo general, en teoría política, imperialismo significa la expansión violenta, por parte de los Estados, del área territorial de su influencia o poder directo, y formas de explotación económica en perjuicio de otros Estados o pueblos subyugados (Bobbio, Matteucci y Pasquino, 2004).

Cultura hegemónica e imperialismo moral. Con relación a los temas del neocolonialismo y el subdesarrollo, de interés directo en la presente discusión y para los países de América Latina específicamente, es indispensable registrar que el capitalismo incontrolado tiende a mantener y profundizar los desequilibrios entre países ricos y países pobres, los cuales solamente podrán ser superados con la introducción de eficaces instrumentos de planeación y de políticas regionales de dimensiones mundiales. Aquí se va a tratar específicamente, y de modo coherente con la interpretación de la expresión "ética y política" propuesta en este diccionario, del imperialismo como instrumento de imposición de un patrón cultural de un pueblo a otro, de una nación fuerte a otra(s) más frágil(es). Dos principios fundamentados en el derecho internacional son la no interferencia de un país en las cuestiones internas de los otros y el respeto por las particularidades de cada nación de acuerdo con sus especificidades políticas y culturales, con excepciones puntuales a ser estudiadas. En esa línea de ideas y rescatando el sentido original de la palabra latina *mores*, a partir de la cual se inició el establecimiento del Derecho Romano, que significa "modo de ser" o "modo de proceder" de un pueblo o nación, es que se tiene que la pluralidad moral de las diferentes culturas debe ser respetada. Lo que está ocurriendo, principalmente desde la segunda mitad del siglo XX, es que algunas culturas hegemónicas, a partir del control masivo de la economía y con los medios de comunicación de masas como instrumento, manipulan e invaden las culturas ajenas, principalmente de los países en vías de desarrollo y pobres, y les imponen sus propias visiones del mundo. Tal imperialismo moral transforma los ciudadanos en súbditos; el súbdito es el vasallo, aquel que siempre está bajo órdenes de alguien más fuerte, sea del rey, sea de sus opositores.

Imperialismo activo y pasivo. En el campo de la bioética, se pueden clasificar dos tipos de imperialismo: activo y pasivo. Ejemplo de imperialismo activo es el creciente intento de algunos países desarrollados (centrales) de imponer sus visiones morales a los demás. Las acciones recientes de los Estados Unidos de América (EUA) en forzar el cambio del contenido original de la Declaración de Helsinki relacionada con las investigaciones con seres humanos es prueba de esto, al partir de la exigencia de que se pasase a aceptar como éticamente correcta la utilización de patrones metodológicos diferenciados para países también diferentes. La aceptación definitiva de que sería moral y éticamente aceptable que los diseños metodológicos de las investigaciones (por ejemplo, con nuevos medicamentos antirretrovirales) tuvieran un determinado patrón para países pobres y otro para países ricos, postulaba derrumbar, definitivamente, la gran tesis democrática vencedora del

siglo XX respecto de la igualdad entre todas las personas (Garrafa y Prado, 2001). A esta distorsión, defendida por muchos científicos como "ética" (Lie et ál., 2004), se la denomina doble estándar (*double standard*), o sea, doble patrón de actuación, propuesta inaceptable para los países periféricos. El imperialismo pasivo, a su vez, es similar al activo en el sentido de que perjudica a las naciones periféricas, pero funciona en el sentido inverso, o sea, a partir de la pasividad u omisión de los países ricos. Una vez más EUA sirve como ejemplo negativo: al mismo tiempo que ese país es responsable por aproximadamente 20% de la polución ambiental mundial, se niega terminantemente a firmar el Tratado de Kioto, que limita la emisión de gases nocivos a la atmósfera.

Referencias

Norberto Bobbio, Nicola Matteucci, Gianfranco Pasquino. *Dicionário de Política,* Brasilia, Editora Universidade de Brasilia, 2004, pp. 611-621. - Volnei Garrafa, Mauro Machado Prado. "Tentativas de mudanças na Declaração de Helsinque: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social", *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 17, Nº 6, 2001, pp. 1489-96. - R. K. Lie, E. Emanuel, C. Grady, D. Wendler. "The standard of care debate: the Declaration of Helsinki *versus* international consensus opinion", *Journal of Medical Ethics*, Vol. 30, Nº 2, 2004, pp. 190-193.

Dominación y hegemonía

José Portillo (Uruguay) - *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*

Concepto. Por "poder", la Real Academia Española entiende "la facultad y jurisdicción que alguien tiene para mandar o ejecutar algo". En realidad, el poder es un tipo particular de relaciones entre individuos, y el rasgo que lo caracteriza es que algunos hombres pueden, más o menos, determinar la conducta de otros hombres. El poder tiene que ver con las decisiones que toman los hombres sobre circunstancias y acontecimientos propios de su época, que en definitiva constituye la historia. Las decisiones tienen que ver con problemas concretos. Quienes participan en la definición de los problemas son quienes detentan el poder. Tienen autoridad quienes ejercen el poder justificado por las creencias de quienes obedecen voluntariamente. Cuando el poder es ejercido sin conocimiento de los que no tienen poder, se habla de manipulación. La coacción es el empleo del poder con éxito, sin la sanción de la conciencia ni de la razón de los que obedecen. En el mundo moderno el ejercicio del poder ha cambiado sustancialmente con respecto a las épocas que le precedieron y ya no es tan ostensible. Los grupos limitados de hombres que ejercen el poder se han denominado *elites* (Wright Mills). La influencia del público y las grandes masas en las decisiones importantes de la vida se ha ido reduciendo y está fuertemente afectada por los medios de comunicación. Tradicionalmente el poder ha sido centralizado en el Estado, como poder político; es la razón de Estado y se ejerce a través del derecho que es su marco normativo. El fundamento de la armazón material del Estado y del poder hay que buscarlo en las relaciones de producción y en la división social del trabajo en cada formación social y económica con cierta historicidad. Para algunos autores (Poulantzas), el Estado concentra, condensa y materializa las relaciones político-ideológicas en las relaciones de producción y en su reproducción. El Estado tiene así un importante rol en la construcción de las relaciones de producción y en la construcción de los grupos o clases sociales. El poder de los grupos dominantes se difunde a través de las ideas de los dominantes, que se transforman en las ideas dominantes (Bauman). Esa ideología tiende a legitimar la violencia explícita o sutil. Pero el poder desborda en mucho al Estado y no se puede reducir exclusivamente al mismo.

Concepciones del poder. Para los autores marxistas el poder de clase es el basamento fundamental del poder. El poder político, asentado sobre el poder económico y las relaciones de explotación, es primordial y actúa sobre todos los otros campos de poder. En el modo de producción capitalista el poder ocupa un campo y un lugar específico, y ese poder está concentrado y materializado en el Estado. El dominio implica un poder no legitimado, autoritario, dictatorial. La hegemonía, en cambio, implica un acceso al poder por acuerdo político. En un sentido más restringido, es la dirección política del Estado. En un sentido más amplio (Gramsci) implica la dirección cultural, en la cual participan los partidos políticos pero también la sociedad civil a través de diversas instituciones, para contribuir a la formación de la voluntad política colectiva pero también a una reforma intelectual y moral de la sociedad. La hegemonía, con esta concepción, precede a la conquista del poder y tiende a la formación de una voluntad colectiva capaz de crear un nuevo aparato estatal y de transformar la sociedad, pero también de elaborar y difundir una nueva concepción del mundo. Para otras corrientes teóricas, existe una microfísica del poder (Foucault) en el marco de la sociedad, que es ejercido en forma difusa por un conjunto de instituciones disciplinarias (poder pastoral) y que pueden estar fuera del Estado (la medicina, la educación formal, el derecho). Estas estructuras de poder tienen relación con el sistema de saberes, cada día más complejo. El gobierno de los hombres por los hombres implica siempre una cierta

forma de racionalidad. Para esta concepción teórica, el poder disciplinario es individualizante, ajusta la función sujeto a la singularidad somática por medio de sistemas de vigilancia y escritura (panoptismo pangráfico). La normalización es la prescripción universal. "*La democracia es, antes que nada y sobre todo, un ideal. Sin una tendencia idealista una democracia no nace, y si nace, se debilita rápidamente. Más que cualquier otro régimen político, la democracia va contra la corriente, contra las leyes inerciales que gobiernan los grupos humanos. Las monocracias, las autocracias, las dictaduras son fáciles, nos caen encima solas; las democracias son difíciles, tienen que ser promovidas y creídas*" (Giovanni Sartori). "*Debemos recordar que tras los prometedores comienzos la democratización no evolucionó siguiendo un camino ascendente hasta nuestros días. Hubo subidas y recaídas, movimientos de resistencia, rebeliones, guerras civiles, revoluciones. Durante algunos siglos [se] invirtió alguno de los avances anteriores. Volviendo la vista atrás sobre el ascenso y caída de la democracia, está claro que no podemos contar con que las fuerzas sociales aseguren que la democracia siga siempre avanzando. La democracia, tal parece, es un tanto incierta. Pero sus posibilidades dependen también de lo que nosotros hagamos. Incluso, aunque no podamos contar con impulsos benignos que la favorezcan, no somos meras víctimas de fuerzas ciegas sobre las que no tenemos ningún control. Con una adecuada comprensión de lo que exige la democracia y la voluntad de satisfacer sus requerimientos, podemos actuar para satisfacer las ideas y prácticas democráticas y, aun más, avanzar en ellas*" (R. Dahl).

Sociedad, poder y democracia en América Latina. En América Latina la democracia se instala en sociedades con altos niveles de pobreza y desigualdad. Una primera mirada a la democracia desde la democracia revela que muchos derechos civiles básicos no están asegurados y que la pobreza y la desigualdad muestran a dichas sociedades entre las más deficitarias del mundo. Una definición del desarrollo de la democracia y sus carencias principales en la región contrasta con las reformas que han sido aplicadas y con las realidades políticas y económicas. A partir de esto surge un conjunto de interrogantes: ¿Cuánta pobreza y cuánta desigualdad toleran las democracias?, ¿cómo afectan estos contrastes a la cohesión social de las naciones?, ¿qué relevancia tiene la democracia para los latinoamericanos? Los resultados de una encuesta de opinión revelan que el 54,7% de los latinoamericanos estaría dispuesto a aceptar un gobierno autoritario si este resolviera la situación económica. Las razones que explican este dato preocupante quizás se encuentren en los contrastes señalados. Los desafíos de la democracia en América Latina son históricamente singulares. Resolverlos demanda una comprensión novedosa y una discusión abierta. Ello requiere precisar los fundamentos teóricos: los conceptos de democracia, ciudadanía y sujetos en la democracia, Estado y régimen. Los cuatro argumentos centrales son: 1. La democracia implica una concepción del ser humano y de la construcción de la ciudadanía. 2. La democracia es una forma de organización del poder en la sociedad, que implica la existencia y el buen funcionamiento de un Estado. 3. El régimen electoral es un componente básico y fundamental de la democracia, pero la realización de elecciones no agota el significado y los alcances de aquella. 4. La democracia latinoamericana es una experiencia histórica distintiva y singular, que debe ser así reconocida y valorada, evaluada y desarrollada. La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas afirma que entre los derechos a una gestión pública democrática figuran los siguientes: a) El derecho a la libertad de opinión y de expresión, de pensamiento, de conciencia y de religión, de asociación y de reunión pacíficas. b) El derecho a la libertad de investigar y de recibir y difundir informaciones e ideas por cualquier medio de expresión. c) El imperio de la ley, incluida la protección jurídica de los derechos, intereses y seguridad personal de los ciudadanos y la equidad en la administración de la justicia, así como la independencia del poder judicial. d) El derecho al sufragio universal e igual, así como a procedimientos libres de votación y a elecciones periódicas libres. e) El derecho a la participación política, incluida la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos para presentarse como candidatos. f) Instituciones de gobierno transparentes y responsables. g) El derecho de los ciudadanos a elegir su sistema de gobierno por medios constitucionales u otros medios democráticos. h) El derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a la función pública en el propio país.

Referencias

Charles Wright Mills [1963]. *Poder, política y pueblo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1981. - Nicos Poulantzas [1978]. *Estado, poder y socialismo*, México, Siglo XXI, 1984. - Alessandro Pizzorno y otros [1970]. *Gramsci y las ciencias sociales*, México, Ed. Pasado y Presente, 1987. - Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*, Buenos Aires, 2004. - Michel Foucault. *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005.

Biopiratería

Ana María Tapajós (Brasil) - *Ministerio de Salud del Brasil*

Privatización, apropiación ilícita o uso no autorizado de recursos biológicos. El asedio de entidades de los países desarrollados sobre los países pobres y biomegadiversos de América Latina corresponde al sentido original del término piratería: robo, saqueo, rapiña. El valor económico del patrimonio natural resulta de la posibilidad de obtener medicamentos y variedades vegetales o animales innovadoras por medio de la identificación de nuevos genes o nuevas moléculas. Los productos o procesos desarrollados a partir del acceso a recursos naturales raros o desconocidos pueden ser patentados y volverse, por tanto, propiedad privada. De ese modo el acceso a esos productos y procesos no queda garantizado a las poblaciones, a los científicos o a las industrias de los países de origen de los recursos genéticos que posibilitaron su creación. Los países latinoamericanos son especialmente vulnerables a esa explotación predatoria, como blancos preferenciales de la biopiratería, por diferentes razones: i) la riqueza de su diversidad biológica, incluyendo plantas, animales y grupos humanos (genomas puros); ii) el desconocimiento relativo sobre ese patrimonio, que involucra la posibilidad de identificación de variedades y características nunca antes descritas; iii) la dependencia de la región hacia los centros avanzados de producción de conocimientos científicos, tecnológicos y capacidad industrial para evaluación y explotación sostenible de su biodiversidad; iv) la asociación entre recursos genéticos y conocimientos tradicionales de pueblos nativos sobre las características y el uso de esos recursos. En este último caso, lo que ocurre es la ausencia de respeto a los valores de esas poblaciones para quienes la naturaleza y la cultura no se pueden separar, y que no entienden la propiedad privada sobre bienes que consideran comunes. Otra consecuencia de la biopiratería, que no siempre se ve como una preocupación, es la cuestión de la seguridad. La biodiversidad incluye, además de sustancias que pueden llevar a nuevos medicamentos y por tanto traer beneficios, venenos y toxinas que pueden ser utilizados para causar daños. En ese caso, además, la marca genética de su origen permanece, lo que puede involucrar a países, que no se dan cuenta de su explotación, en problemas internacionales en un mundo obcecado por el bioterrorismo. Desde el año 1993 la comunidad internacional reconoció, por medio de la Convención sobre la Diversidad Biológica, el derecho de los países a reglamentar la explotación de su biodiversidad, así como el establecimiento de un sistema de repartición de beneficios. La tendencia a constituir un mecanismo de remuneración modesta por el acceso y conocimientos tradicionales asociados, conserva la asimetría entre los países ricos y los países pobres. Tal doctrina impide el acceso de las poblaciones pobres de los países en desarrollo a los reales beneficios de la explotación de sus recursos, traducidos en nuevas sustancias y variedades patentadas en el primer mundo, sin construir o ampliar en los países de origen la capacidad para la explotación sostenible de su propio patrimonio genético. En ese sentido se corre el riesgo de implantación de un sistema de apropiación legalizada de recursos y conocimientos con impacto poco distinto a los de la biopiratería tradicional. Practicada pretendidamente en nombre de la ciencia y en beneficio de la humanidad, resulta en la explotación predatoria del patrimonio natural y del conocimiento tradicional de pueblos nativos. En ese sentido, falta el respeto a esas poblaciones para quienes la naturaleza y la cultura no se pueden separar, y que no entienden la propiedad privada sobre bienes que consideran comunes. Por otro lado, la biopiratería favorece la obtención de derechos comerciales exclusivos sobre productos y procesos originarios de la biodiversidad de países que no tendrán parte en los beneficios de esa exclusividad. La superioridad de la tecnociencia y de la capacidad industrial de los países ricos, aliada con el acceso irregular al patrimonio genético latinoamericano, profundiza la desigualdad entre estos países y los países de la región en términos de la capacidad para atender a las necesidades de salud y bienestar de sus poblaciones. La biopiratería debe considerarse como un proceso de saqueo de patrimonios naturales y, por tanto, rechazable y éticamente condenable.

Control social

Paulo Antonio de Carvalho Fortes (Brasil) - *Universidad de São Paulo*

El control del Estado y de la sociedad sobre el individuo. Hay diversas y distintas interpretaciones de lo que significa el *control social*. La visión clásica lo relaciona con los diversos instrumentos e instituciones que la sociedad y el Estado utilizan para ejercer el poder y regular el comportamiento de los individuos, para mantener el orden social y el sistema de valores morales dominantes. Recientemente, de manera casi diametralmente contraria al primer significado, el término *control social* pasó a ser utilizado como referencia a formas de control de la sociedad civil sobre la acción y la organización del Estado y de la administración pública. Como instrumento social de regulación del comportamiento de los individuos, el *control social* objetiva la manutención del orden social,

restringiendo los comportamientos que se desvían de la norma. Podemos comprenderlo como un conjunto de recursos materiales y simbólicos que la sociedad y el Estado utilizan para asegurar la conformidad de sus integrantes con un conjunto de valores y reglas en determinado momento histórico. En las sociedades premodernas las normas morales compartidas, mediadas diversas veces por principios de naturaleza religiosa, eran las únicas formas controladoras del orden social, mediante el escarnio, la sensación de ridículo, la rabia, el temor a la divinidad y el recurso de la violencia. En las sociedades más complejas, a las normas morales se agregan funciones del *control social* más especializadas –las normas jurídicas y la acción de agentes e instituciones del Estado–. Actualmente las normas morales y las jurídicas, así como las diversas prácticas institucionales, ejercen un *control social* desde el nacimiento de la persona hasta su muerte mediante modelos del bien y del mal, de lo correcto y lo incorrecto, de lo justo y lo injusto, prescribiendo lo que debe ser hecho y lo que no se debe hacer. Su validez moral estaría fundamentada en el bien común y priorizaría el principio de la justicia, más que el principio de la autonomía. Así, por su poder coercitivo, lleva a reducir la expresión de la voluntad autónoma del sujeto, limitando sus alternativas bajo amenazas de sanciones. La reflexión bioética sobre el *control social* nos lleva al pensamiento de John Stuart Mill (1806-1873). El filósofo inglés, autor de *On Liberty,* defendía que la interferencia de la sociedad y del Estado sobre la libertad de una persona cualquiera sería válida solo cuando fuese destinada a prevenir daños a los otros individuos o a la colectividad, o sea, objetivando el bien común, no siendo aceptable cuando fuese dirigida al beneficio de la persona. Engelhardt Jr. (1995) también expresa que no deberíamos hacer al otro lo que él no se hace a sí mismo. Solo deberíamos hacer aquello que hayamos acordado con la persona. Todavía se puede observar que las diferentes sociedades aceptan medidas paternalistas estatales, y esto depende de la cultura de cada sociedad y de su eficacia. Por ejemplo, hay diferentes países que adoptan medidas paternalistas, orientadas a cuestiones de morbilidad o de mortalidad, como el caso de la obligación del uso del cinturón de seguridad en los coches y del casco para los que conducen motocicletas. Estas son medidas impuestas a toda la gente, independientemente de su aceptación individual; así se objetiva la protección del individuo.

El control de la sociedad civil sobre el Estado: el control social institucionalizado. De modo diferente al significado de *control social* como acción de la sociedad y del Estado sobre el individuo, en las últimas décadas del siglo pasado el término empezó a referirse a la participación social de los ciudadanos en la gestión y la prestación de servicios públicos. Alude así a la actuación del ciudadano en la toma de decisiones sobre la organización y el funcionamiento del Estado, procurando adecuar la acción estatal a las necesidades del colectivo. Este control social buscaría cambiar o modificar las condiciones sociales en vigor, permitiendo a los ciudadanos participar en la gestión y/o ejercer la fiscalización, preservando la eficacia de los derechos de la ciudadanía. El control social institucionalizado se diferencia de la participación comunitaria que muchas veces es demandada al ciudadano, pero cuando no interviene en la toma de decisiones, como ocurre en campañas de vacunación y de lucha contra enfermedades infecciosas como el dengue y la malaria. El incremento del *control social* en las políticas públicas puede ser comprendido como forma de democracia participativa o de democracia directa, que lo diferencia de la democracia representativa parlamentaria. La participación del ciudadano se da de forma directa o mediante representación en las instituciones responsables por las políticas públicas. De esa manera se puede entenderlo como un instrumento de la sociedad para acompañar, monitorear, fiscalizar y evaluar las acciones del poder público. Puede contar con una pluralidad de formas asociativas populares en la toma de decisiones de las políticas públicas, y esto puede resultar en una mayor representatividad de los diversos y diferentes intereses y valores morales de la sociedad. El control social institucionalizado posibilitó la presencia de nuevos actores sociales, principalmente provenientes de los estratos sociales más desfavorecidos, actuando mediante movimientos sociales urbanos que exigen bienes y servicios públicos al poder público, luchando por los derechos sociales en cuestiones de raza, género, sexo, calidad de vida y preservación del medio ambiente. También presenta un potencial expresivo para promover la autonomía de los participantes y de la comunidad, por medio de un proceso de movilizaciones y prácticas destinadas a mejorar la vida de diferentes grupos sociales, aumentando su visión crítica de la realidad social. Y mantiene un potencial para atenuar las iniquidades de nuestro ambiente cultural y político, ampliando las posibilidades de políticas sociales orientadas por principios éticos de equidad y de solidaridad.

La situación en América Latina. Últimamente, varios países latinoamericanos desarrollaron diversas experiencias relacionadas principalmente con los campos de la salud, del medio ambiente, de la enseñanza, de la seguridad, de la asistencia social y de la defensa de los derechos de los niños, adolescentes y ancianos, con funciones deliberativa, consultiva y fiscalizadora. También se

instituyeron colegiados sociales para el control de las políticas públicas, incluyendo la aplicación de presupuestos financieros en programas gubernamentales específicos. Además, no se puede olvidar que su acción se realiza dentro de un contexto dinámico de transformaciones sociales y económicas características de las dos últimas décadas que afectan al medio ambiente y a las relaciones del trabajo, así como a los sistemas de salud. La orientación liberal, que fue hegemónica hasta hace poco tiempo en América Latina, acepta que el principio ético fundamental a ser observado en la distribución social de recursos sea la garantía de la libertad de las personas para tomar decisiones en su vida. Al Estado se le exige solo que sea el garantizador del orden, de la seguridad, de las libertades individuales y del derecho a la propiedad. No se le pide la resolución de las necesidades individuales, ni la implementación de derechos sociales, como el derecho a la salud. Así, en el contexto del pensamiento liberal, el *control social* tiene dimensiones diferenciadas cuando se compara con sistemas sociales que se fundamentan en las necesidades de las gentes. De modo diferente, las teorías éticas que se fundamentan en las necesidades defienden que la sociedad organizada y el Estado, mediante la implementación de políticas públicas, deban intervenir para garantizar la justicia distributiva y la equidad, minimizando los efectos de las loterías biológica y social. En los sistemas sociales orientados por las necesidades de los individuos, el control social institucionalizado presenta un campo de acción más amplio, en razón del alcance y la dimensión de las políticas sociales. Aunque, para que sean eficaces, sus mecanismos deben posibilitar el incremento de la acción dialógica implicando a los diversos interesados, explicitando conflictos de intereses y valores, valorizando la existencia del otro y buscando consensos posibles. Deben aceptar que todos los grupos sociales de interés en un determinado campo social, como el de la salud o el del medio ambiente, sean interlocutores válidos, que deben ser escuchados y que puedan influir en la toma de decisiones para los programas, proyectos y políticas sociales. También, que sean garantizados los fundamentos que definen una sociedad posconvencional, defensora de los valores universales y garantizadora de la existencia de situaciones de simetría para llegar a acuerdos satisfactorios para los diversos segmentos sociales representados. De esta forma, el *control social institucionalizado* no solo tenderá a ampliar el sentimiento de pertenencia de los individuos con relación a su comunidad, sino también a propiciar el establecimiento de una cultura participativa, transformadora del carácter paternalista y autoritario dominante en nuestro medio latinoamericano.

Referencias

H. T. Engelhardt. *Fundamentos de bioética*, São Paulo, CUSC/Loyola, 1995. - J. S. Mill. *On liberty*, London, Penguin Books, 1985.

Paz

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Así como la salud fue definida tradicionalmente como la ausencia de enfermedad, la paz ha sido definida muy frecuentemente como la ausencia de guerra. Sin embargo, pueden distinguirse en el concepto de paz dos sentidos a considerar: la paz entendida como ausencia de violencia organizada entre grupos humanos, y la paz entendida como modelo de cooperación e integración entre esos mismos grupos humanos. La violencia organizada que define a la guerra supone la organización para ejercer el poder a través de la violencia y con mucha frecuencia –si no siempre– no es más que la continuidad del ejercicio del poder por otra vía. Las sociedades humanas se han construido no solo sobre el hecho de la práctica permanente de las guerras como violencia organizada sino también sobre el supuesto formalmente reconocido entre naciones del uso de las mismas como alternativa de resolución de conflictos. Sin embargo, los conflictos tienen modos de resolución no violentos, y la violencia puede operar sin conflictos visibles. La ausencia de violencia organizada –al menos en modo declarado a gran escala como se supone en el estado de guerra– no implica la cooperación ni la integración, como se pudo observar en la 'guerra fría' o 'coexistencia pacífica', y puede tratarse simplemente de un 'equilibrio del terror'. El siglo XX fue un siglo de guerras mundiales y el siglo actual comenzó con una guerra que en tres años (2003-2006) dio muerte a seiscientas mil personas en Irak para sacudir mundialmente la conciencia moral de millones de personas que en distintos países se manifestaron a favor de la paz. El ejercicio del poder y de la violencia son indudables cuestiones morales; así como lo son los procedimientos normativos o educativos que den respuesta a sus actos. Para Alberdi, "*Toda guerra, como toda violencia sangrienta, es un crimen o es un acto de justicia, según la causa moral que la origina*". Es por eso que la bioética latinoamericana no puede sino hacer suya la preocupación crítica por la paz en el mundo y en la región. Es verdad que la bioética, en tanto ética normativa, no tiene poder contractual o coercitivo por sí misma y esto pudiera presentarla ante el problema de la guerra como una alternativa débil. Sin embargo, y más allá de las consideraciones que puedan hacerse sobre el peso que tiene la autoridad moral para regular las conductas humanas, debe considerarse, tal como

queda establecido en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Unesco, 2005), que la estrecha asociación de la bioética con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos la hacen parte del sistema de paz mundial que representan las Naciones Unidas.

Los crímenes de guerra son crímenes de lesa humanidad. Para quienes consideran que la guerra ha de seguir siendo una alternativa de resolución de conflictos entre grupos humanos, es necesario recordar las más frecuentes y reiteradas consecuencias que han tenido las mismas, así como la estructura normativa internacional a que han dado lugar. El Código de Nuremberg (1947) sobre experimentos médicos fue un anexo a la sentencia contra los médicos nazis procesados por crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad. El Tribunal Internacional de Nuremberg consideró tres tipos de crímenes. 1. Crímenes contra la paz: la iniciación de invasiones de otros países y de guerras de agresión en violación de leyes y tratados internacionales. 2. Crímenes de guerra: las atrocidades o crímenes contra las personas o la propiedad que constituyan violaciones de las leyes o costumbres de guerra. 3. Crímenes contra la humanidad: atrocidades y crímenes que incluyen asesinato, exterminio, esclavitud, deportación, encarcelamiento, tortura, secuestro u otros actos inhumanos cometidos contra cualquier población civil o persecuciones sobre bases políticas, raciales o religiosas, cometidas o no en violación de las leyes nacionales del país donde fueron perpetrados. En 1968, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención sobre la imprescriptibilidad de los crímenes de guerra y de los crímenes de lesa humanidad. Más recientemente, el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998) considera los crímenes de guerra como crímenes de lesa humanidad, puede imponer sobre ellos la pena de reclusión a perpetuidad cuando la gravedad y las circunstancias agravantes así lo justifiquen, y los entiende como:

1. Las infracciones graves a los convenios de Ginebra de 1949, entre ellas el homicidio intencional; la tortura o los tratos inhumanos, incluidos los experimentos biológicos; el causar deliberadamente grandes sufrimientos o atentar gravemente contra la integridad física o la salud; el privar deliberadamente a un prisionero de guerra o a otra persona protegida de su derecho a ser juzgado legítima e imparcialmente; la deportación o el traslado ilegal, la detención ilegal.

2. Otras violaciones graves de las leyes y usos aplicables en los conflictos armados internacionales dentro del marco establecido de derecho internacional. Se enumeran veintiséis actos que dan cuenta de la numerosa tipología que se ha identificado en las guerras, entre ellos: dirigir intencionalmente ataques contra la población civil en cuanto tal o contra personas civiles que no participen directamente en las hostilidades; lanzar un ataque intencionalmente, a sabiendas de que causará pérdidas incidentales de vidas, lesiones a civiles o daños a bienes de carácter civil o daños extensos, duraderos y graves al medio ambiente natural que serían manifiestamente excesivos en relación con la ventaja militar concreta y directa de conjunto que se prevea; atacar o bombardear, por cualquier medio, ciudades, aldeas, viviendas o edificios que no estén defendidos y que no sean objetivos militares; causar la muerte o lesiones a un combatiente que haya depuesto las armas o que, al no tener medios para defenderse, se haya rendido a discreción; el traslado, directa o indirectamente, por la Potencia ocupante de parte de su población civil al territorio que ocupa o la deportación o el traslado de la totalidad o parte de la población del territorio ocupado, dentro o fuera de ese territorio; someter a personas que estén en poder de una parte adversa a mutilaciones físicas o a experimentos médicos o científicos de cualquier tipo que no estén justificados en razón de un tratamiento médico, dental u hospitalario, ni se lleven a cabo en su interés, y que causen la muerte o pongan gravemente en peligro su salud; cometer atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes; cometer actos de violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada y cualquier otra forma de violencia sexual que también constituya una infracción grave de los Convenios de Ginebra; hacer padecer intencionalmente hambre a la población civil como método de hacer la guerra, privándola de los objetos indispensables para su supervivencia, incluido el hecho de obstaculizar intencionalmente los suministros de socorro de conformidad con los Convenios de Ginebra; reclutar o alistar a niños menores de 15 años en las fuerzas armadas nacionales o utilizarlos para participar activamente en las hostilidades.

3. En caso de conflicto armado que no sea de índole internacional, las violaciones graves del artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, a saber, cualquiera de los siguientes actos cometidos contra personas que no participen directamente en las hostilidades, incluidos los miembros de las fuerzas armadas que hayan depuesto las armas y las personas puestas fuera de combate por enfermedad, herida, detención o por cualquier otra causa: i) los atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles y la tortura; ii) los atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes; iii) la

toma de rehenes; iv) las condenas dictadas y las ejecuciones sin previo juicio ante un tribunal regularmente constituido, con todas las garantías judiciales generalmente reconocidas como indispensables. Este párrafo se aplica a los conflictos armados que no son de índole internacional y, por consiguiente, no se aplica a las situaciones de tensiones internas y de disturbios interiores, como los motines, los actos esporádicos y aislados de violencia u otros actos análogos.

4. Otras violaciones graves de las leyes y los usos aplicables en los conflictos armados que no sean de índole internacional, dentro del marco establecido de derecho internacional. Se consideran muchos de los supuestos enumerados en el párrafo 2, para aplicarse a los conflictos armados que no son de índole internacional y, por consiguiente, no se aplica a las situaciones de tensiones internas y de disturbios interiores, como los motines, los actos esporádicos y aislados de violencia u otros actos análogos. Pero sí se aplica a los conflictos armados que tienen lugar en el territorio de un Estado cuando existe un conflicto armado prolongado entre las autoridades gubernamentales y los grupos armados organizados o entre tales grupos.

La paz y la cooperación mundial. Alberdi decía ya en 1870 que el denominado 'derecho de la guerra' es "*el derecho del homicidio, del robo, del incendio, de la devastación en la más grande escala posible; porque esto es la guerra, y si no es esto, la guerra no es la guerra. Estos actos son* crímenes *por las leyes de todas las naciones del mundo. La guerra los sanciona y convierte en actos honestos y legítimos, viniendo a ser en realidad la guerra el* derecho del crimen*, contrasentido espantoso y sacrílego, que es un sarcasmo contra la civilización*". Y reclamaba, para alcanzar la paz, por un gobierno común de todos los pueblos bajo una especie de federación como los 'Estados Unidos de la Humanidad'. Ese sistema mundial de paz requiere como requisitos el tener un amplio ámbito de acción que incluya tanto a naciones como a individuos, y un amplio dominio en orden a la cantidad de personas que pueden beneficiarse del mismo. El sistema mundial más amplio que ha logrado desarrollarse es el de las Naciones Unidas. La construcción de tal sistema exige que las naciones adhieran mediante tres tipos básicos de mecanismos. 1. Normativo: la adhesión a los tratados internacionales que las comprometen a unas con otras. 2. Contractual: la contribución o pago que las naciones hacen al funcionamiento de un sistema basado en el intercambio cuyos desacuerdos puedan resolverse por mediación, arbitraje o jurisdicción. 3. Coactivo: el uso de la fuerza para sancionar diplomáticamente o económicamente a los miembros agresores, contemplado en la Carta de las Naciones Unidas, y eventualmente con penas de reclusión individuales como contempla el Tribunal Penal Internacional. América Latina ha mostrado en su historia no solo actos de guerra y violencia sino también muchos ejemplos de grandes esfuerzos para la paz. En Argentina, dos personas recibieron el Premio Nobel de la Paz: Carlos Saavedra Lamas (1936) por su mediación en la Guerra del Chaco para conseguir la paz entre Paraguay y Bolivia, y Adolfo Pérez Esquivel (1980), por su lucha por los Derechos Humanos durante la dictadura militar de los años 1976-1983. Adolfo García Robles, de México, lo recibió en 1982 por sus gestiones para el desarme nuclear regional que culminaron con el Tratado de Tlatelolco. Óscar Arias Sánchez, de Costa Rica, lo recibió en 1987 por sus gestiones en los procesos de paz frente a los conflictos armados en Centroamérica durante la década de los ochenta. Rigoberta Menchú Tum, indígena maya quiché de Guatemala, lo recibió en 1992 por su trabajo para la justicia social y la reconciliación étnico-cultural basada en el respeto de los derechos indígenas. Estas y otras contribuciones deben ser materia de una reflexión bioética para la contribución a la paz como valor ético fundamental de la vida y el vivir individual y comunitario en América Latina.

Referencias

Johan Galtung. "Paz", en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Madrid, Aguilar, 1975, Vol. 7, pp. 686-694. - Juan Bautista Alberdi [1870]. *El crimen de la guerra*. Buenos Aires, Editorial Molino, 1943. - Rigoberta Menchú Tum [1983]. *Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia,* México, Siglo XXI Editores, 1985 (1ª edición en español). - Adolfo Pérez Esquivel. *Caminando junto al pueblo (experiencias no violentas en América Latina),* 1995.

Salud reproductiva

La salud reproductiva (v.) es objeto creciente de normas legales y administrativas. Entre los objetivos de estas normas suele considerarse que la población pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; se disminuya la morbimortalidad materno-infantil (v. *Aborto inseguro*); se prevengan los embarazos no deseados (v. *Contracepción*); se promueva la salud sexual de los adolescentes (v. *Embarazo en la adolescencia*); se contribuya a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; se garantice a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable (v. *Diagnóstico prenatal*); y se potencie la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable (v. *Asesoramiento genético*). En relación con este marco general, hay una cantidad numerosa de cuestiones que aparecen en la consulta, la educación y el trabajo institucional de la práctica bioética, para ser un campo de problemas que comparte el liderazgo de la demanda en ética clínica con los problemas de la muerte y el morir. En la discusión de esos problemas suelen mezclarse, quizás más que en otros campos, argumentos racionales –científicos, técnicos y filosóficos– con dogmas religiosos y posiciones ideológicas.

Malformaciones incompatibles con la vida. En los embarazos de fetos anencéfalos con diagnóstico temprano, se ha propuesto a veces esperar el tiempo de veinticuatro semanas para autorizar la inducción del nacimiento por su viabilidad –entendida como posibilidad de sobrevivir una vez nacido–. Este tipo de posición resulta esencialmente contradictoria ya que, por definición, esos fetos son inviables dado que su potencial de vida extrauterina es nulo en cualquier momento de la gestación. Ni el curso natural del embarazo ni la medicina pueden beneficiar en nada la salud ni la vida del mismo. De allí que la supuesta protección del derecho a la vida de la persona por nacer en estos casos es abstracta y dogmática. Cabe preguntarse entonces ¿qué derecho más fuerte que el de la libre decisión de la mujer acerca de su salud y en acuerdo con sus médicos puede tener que preservar el Estado? Es frecuente observar que legislaciones incluso muy restrictivas despenalicen el aborto cuando está en riesgo la salud o la vida de la madre, en lo que se llama aborto terapéutico. Pero en el caso de los fetos anencéfalos, si bien puede postularse que además del aborto la embarazada tiene la posibilidad de un tratamiento a su daño psíquico, este trato resulta inhumano porque exige una conducta que excede a la de personas comunes. Exigir a alguien la obligación de llevar el embarazo hasta el séptimo mes para poder inducir el parto es una obligación supererogatoria en términos ético-jurídicos o una heroicidad en términos mundanos que suele recaer sobre los más vulnerables que el Estado debiera proteger: las mujeres pobres.

Aborto terapéutico. Es frecuente observar la consulta en bioética por casos con indicación de aborto terapéutico en los que algunos profesionales rechazan su realización sin que quede debidamente justificada su posición en cuanto a si es debida a objeción de conciencia o simplemente si se trata de una obstrucción ideológica a la justicia. Los casos que ilustran estas conductas todavía son innumerables en la mayoría de países de América Latina. Uno de ellos resultó ser el de una paciente de treinta y dos años, casada, madre de dos hijos, que padecía síndrome de Marfan, y había sido operada años atrás con prótesis valvular y de aorta ascendente, y que en su último ecocardiograma registraba una imagen compatible con lámina de disección en cayado aórtico. La paciente consultó entonces por amenorrea y después de un primer resultado dudoso se confirmó un embarazo de trece semanas. Evaluada en ateneo médico, al considerar los riesgos de disección aórtica aguda por el desarrollo del embarazo, se acordó indicar aborto terapéutico. Comunicada esta indicación médica a la paciente, la misma –con el apoyo de su esposo– decidió realizarla. Pero el servicio de ginecología del hospital en que la paciente era tratada se manifestó en disconformidad con la realización del aborto. En otro caso, una niña de diez años de edad, de nivel mental fronterizo, huérfana de padre y madre y bajo tutela de una tía, resultó violada por dos adultos y cursaba un embarazo de trece semanas según ecografía al momento de ser llevada a consulta médica. La niña desconocía su estado. Un juez de menores solicitó la intervención de un hospital público con el fin de interrumpir el embarazo ya que –atendiendo al juicio unánime de una junta de seis médicos– lo consideraba de alto riesgo para la vida de la menor. La tutora firmó el consentimiento para prácticas quirúrgicas y/o anestésicas pero el servicio de ginecología del hospital público no realizó la práctica indicada y debió mediar informe favorable de un bioeticista y amenaza del juez con procesar a los médicos, para que la práctica

indicada se realizara. Frente a estos dos casos, que son tan solo una muestra de la gran cantidad de situaciones semejantes que se viven a diario, hay que decir que más allá de las consideraciones subjetivas existentes en el tema del aborto que quedan reservadas a la conciencia individual y de diversas instituciones y comunidades, se trata de poder esclarecer si en el caso de un país en el que legalmente está permitido el aborto terapéutico, considerando la responsabilidad profesional de los médicos y sus instituciones, es justificable la indicación de un aborto terapéutico. Jurídicamente, se exige para la ejecución de un aborto terapéutico que exista en la gestante una enfermedad grave con pronóstico cierto de evolución desfavorable que ponga en peligro la vida de la madre o pueda suponer severos daños para su salud. Los datos registrados por el dictamen del ateneo médico que evaluó la existencia de una enfermedad grave (cardiopatía con corrección de prótesis valvular y de aorta ascendente), con signos ecocardiográficos compatibles con lámina de disección en cayado aórtico, y un pronóstico de evolución desfavorable si continuaba el embarazo, creciente con el paso de los meses y con peligro cierto para la vida de la madre, no dejan dudas en el primer caso sobre su objetividad. Pero además, por la especial circunstancia que para la mujer y el matrimonio supone el decidir la realización de un aborto, es obligación moral del médico el informar completamente acerca de todas las circunstancias involucradas en la indicación médica. Una vez hecho esto, sin coerción alguna y tratándose de personas adultas y plenamente competentes, corresponde a la paciente la decisión de aceptar o no la indicación de los profesionales. Es ese proceso de información plena, no coerción, y ejercicio de la autonomía lo que legitima moralmente por voz de la paciente la realización del aborto. Si estos requisitos se han cumplido, es no solo jurídica sino moralmente legítima la indicación. No obstante los argumentos antes indicados, en la relación entre profesionales de la salud y pacientes, si bien los primeros tienen obligaciones morales, también tienen derecho al ejercicio de su autonomía moral siempre y cuando esta se enmarque dentro del no abandono del paciente. Los profesionales de un servicio de ginecología tienen el derecho moral a rehusarse a realizar la indicación de un aborto terapéutico si es que en conciencia no lo consideran moralmente aceptable. Pero en virtud de su obligación profesional e institucional con la paciente deben garantizar la atención y el cuidado de la paciente por otros profesionales que acepten hacerlo. Esta es su obligación para que el ejercicio de su autonomía no vaya en contra de los mejores intereses del paciente determinados ya profesionalmente en consenso médico y por la decisión de la paciente. Por otro lado, en el segundo caso de la niña violada, hay que decir que llevar a término un embarazo por violación no puede ser visto como un acto moralmente obligatorio sino como un acto supererogatorio que está más allá del deber. Un acto es supererogatorio si: 1. No es ni obligatorio ni prohibido; 2. Su omisión no es incorrecta y no merece sanción ni crítica, formal o informal; 3. Es moralmente bueno, tanto en virtud de sus pretendidas consecuencias cuanto en virtud de su valor intrínseco; y 4. Es realizado voluntariamente por el bien de algún otro y así es meritorio. Por tanto, lo haría una persona extraordinaria como un santo o un héroe pero no se le puede pedir a las personas ordinarias. De allí que no parece justificable exigir que una niña de diez años embarazada como consecuencia de una violación tenga la obligación de continuar su embarazo. Sin embargo, estos casos bioéticos forman parte de la casuística regional cotidiana.

Partos y nacimientos en cautiverio. Durante la dictadura militar de 1976 a 1983 en Argentina, en uno de los mayores centros clandestinos de detención, la Escuela de Mecánica de la Armada (ESMA), las embarazadas, tiradas en el suelo en colchonetas, y atendidas por un médico del Hospital Naval, esperaban el nacimiento de sus hijos en lo que se llamaba “la Sardá” (aludiendo a la mayor maternidad de la ciudad de Buenos Aires). Cuando se producía el nacimiento, la madre era ‘invitada’ a escribir a los familiares a los que supuestamente se llevaría el niño. Pero las detenidas sabían por entonces que existía una lista de matrimonios de marinos que no podían tener hijos y que se mostraban dispuestos a adoptar a los hijos de los que estaban ‘desaparecidos’. Se trataba de una suerte de eugenesia. Los militares de la dictadura sostenían que muchas familias argentinas no habían sabido inculcar a sus hijos los valores nacionales. El 29 de diciembre de 1977, en horas de la madrugada, una mujer de nacionalidad uruguaya y embarazada de dos meses y medio fue detenida con su esposo por un grupo no identificado de personas de civil. Su casa fue saqueada por el grupo de personas que la detuvo. María fue llevada detenida y el 24 de marzo de 1978 fue vista embarazada y sirviendo la comida y limpiando el pasillo y los calabozos de su lugar de detención. A finales de julio de ese año, María reclamó atención por su embarazo y se le dijo que hasta que no naciera su hijo no saldría de su celda. El 24 de agosto por la noche comenzó a tener contracciones que duraron toda la noche hasta que al mediodía siguiente fue llevada a la enfermería y dio a luz a una niña. Esa noche, María regresó a su celda sin su hija y llevando en sus manos un paquete de algodón, un desinfectante y la sábana con manchas de sangre que le había servido para

recibirla. Entonces le cuenta a una compañera de la cárcel lo que le había pasado y esta relata posteriormente: que había tenido una niña que se sobresaltaba al menor ruido o movimiento y que se la dejaron hasta las once de la noche después de haberle hecho limpiar la enfermería. A esa hora llegó un hombre joven vestido de guardapolvo blanco. El oficial de turno, el mismo que había estado presente en el parto, le entregó al joven la niña envuelta en un abrigo diciéndole a María que la llevaría a la casa cuna. La madre tuvo que llenar unos formularios con sus datos personales y los del padre de la niña, además de las enfermedades que había tenido en la infancia y el nombre de la niña. Regresada al calabozo, María tuvo fiebre a causa de la leche que no se le retiraba y el médico le hizo aplicar unas inyecciones. Su hija recién nacida fue entregada a familiares de una autoridad policial bajo certificado falso de nacimiento por el médico de policía que había atendido durante su parto en cautiverio y que certificó el nacimiento de la niña en otro lugar para permitir la sustracción, retención y ocultamiento de la hija de María. Ese mismo médico sería acusado luego por torturas llevadas a cabo con otros detenidos y condenado a prisión un año después que Abuelas de Plaza de Mayo denunciaron que una niña cuyo nacimiento había sido inscrito como hija propia por un policía era la hija de María nacida en el centro clandestino de detención denominado del que había sido sustraída, retenida y ocultada durante diez años debido a la intervención de un médico. Muchos de estos partos clandestinos eran asistidos por médicos que luego fueron procesados. La profesión médica sufrió entonces, como durante el nazismo, la mayor de sus vergüenzas. Sin embargo, muchos profesionales de la salud terminaron siendo víctimas como las parteras y enfermeras que asistieron partos y nacimientos y que al solidarizarse con las madres fueron secuestradas y desaparecidas. Las madres de los niños nacidos en cautiverio eran habitualmente desaparecidas. Después de su parto, muchas mujeres eran trasladadas a los 'vuelos de la muerte' en los cuales los detenidos eran arrojados al mar vivos y anestesiados. Otros niños secuestrados a los desaparecidos deambulaban por las instalaciones militares llorando por sus madres. Cualquiera de estos ejemplos dota de un contenido singular y suficientemente claro al concepto de dignidad humana ante quienes pretenden que la misma solo trata de 'respeto por la autonomía'. Al mismo tiempo, nos permiten tener suficientes criterios para saber cuándo la dignidad es violada sin que hablar de la misma tenga algo de 'vago'. Y nos sirven también para poder construir los casos paradigmáticos de una bioética comprometida con los seres humanos que sufren dolor y sufrimiento por los atentados contra su dignidad. Una bioética que identifique la concepción inmoral de una eugenesia educativa como la impuesta por las dictaduras latinoamericanas podrá considerar bioéticos a casos análogos de otras regiones y culturas en el desarrollo de una concepción alternativa a la de la bioética neoliberal.

[J. C. T.]

Salud reproductiva

Mariana Romero (Argentina) - *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*

Definición. La primera definición de salud reproductiva se atribuye a Fathalla (1988). La misma indica que "*la salud está definida en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud como 'un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedades o dolencias'. En el contexto de esta definición positiva, la salud reproductiva está conformada por varios elementos básicos: la capacidad de la gente de reproducirse y regular su fecundidad; la posibilidad que las mujeres puedan enfrentar sin peligro el embarazo y el parto y que la reproducción lleve a un resultado exitoso, con la supervivencia y bienestar de los recién nacidos y los niños. A esto se le podría agregar que la gente pueda disfrutar del sexo sin riesgos*". Los componentes incluidos en esta definición inicial son la posibilidad de regular la fecundidad, la autonomía de mujeres y varones en las decisiones reproductivas, la posibilidad de parir un hijo en condiciones adecuadas y de gozar de una vida sexual sin coerción o riesgos de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

Surgimiento del campo de la salud reproductiva. Este campo recoge las críticas y preocupaciones de salubristas y feministas frente a las políticas de población de la década de los setenta. Estas políticas impulsaban el control de la natalidad como herramienta para frenar la explosión demográfica vista como el obstáculo principal para superar la pobreza y alcanzar el desarrollo. Su instrumento fueron los programas verticales de planificación familiar y su *target* las mujeres pobres casadas o unidas. Los salubristas, preocupados por los niveles elevados de morbimortalidad materna, impulsaron la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos (1987), considerando la mortalidad materna como un problema de salud pública pero enfocándose solo a las mujeres que deseaban tener hijos y/o estaban embarazadas. El feminismo, por su

parte, criticó el uso de la planificación familiar como un medio para el logro de metas demográficas y cuestionó la no consideración de opiniones, deseos y preferencias de las mujeres. Finalmente, enfatizó la necesidad de vincular la sexualidad al desarrollo personal y la salud y al desarrollo social. La provisión de servicios de salud también debió ser revisada a partir de esta definición. Si bien durante la segunda mitad del siglo XX hubo una vasta expansión de las tecnologías y servicios destinados al cuidado de la salud relacionada con la reproducción, los servicios estaban fragmentados y no fueron concebidos para responder a todas las necesidades. La paulatina adopción del concepto de salud reproductiva promovió la oferta de servicios integrales, con reconocimiento de la mujer como usuaria y centro del proceso, respetando y respondiendo a sus necesidades como mujer y no solamente como madre.

Salud reproductiva y derechos. El concepto de salud reproductiva ha dado lugar a la definición específica de los derechos reproductivos, vinculándolos conceptualmente a los Derechos Humanos y, dentro de estos, al derecho a la salud. Este derecho trasciende la atención oportuna y apropiada de la salud y se extiende a sus determinantes que –en el caso de la salud reproductiva– tienen en el acceso a la educación y a la información dos de sus dimensiones más importantes. Las libertades y los derechos implícitos en los derechos reproductivos incluyen el derecho a controlar la salud y el cuerpo, la libertad sexual y reproductiva, la no coerción, el no verse sometido a tratamientos médicos sin consentimiento y la posibilidad de contar con un sistema de protección de la salud que proporcione igualdad de oportunidades para disfrutar el más alto nivel de bienestar. La V Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) permitieron acordar una plataforma de acción entre los países signatarios que catalizó el surgimiento de instrumentos legales y programáticos que consagran y promueven estos derechos. La definición adoptada en el documento final señala: "*La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos*" (Naciones Unidas, 1994).

Más aún, la Plataforma de Acción de Beijing señaló: "*Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control y a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo su salud sexual y reproductiva, y a estar libres de coerción, discriminación y violencia. La igualdad en las relaciones entre mujeres y hombres en materia de relaciones sexuales y reproducción, incluyendo el pleno respeto a la integridad de la persona, exige respeto mutuo, consentimiento y compartir la responsabilidad frente a la conducta sexual y sus consecuencias*" (Naciones Unidas, pte. I, cap. 6, secc. 3, 1995).

Dilemas éticos y de derechos en la provisión de servicios de salud reproductiva. Las definiciones incluidas en las resoluciones de las Conferencias de El Cairo y Beijing han permitido listar los servicios esenciales para atender la salud reproductiva. Estos incluyen: información, orientación y servicios de anticoncepción; atención del embarazo, parto y puerperio; prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida; donde sea legal, los servicios de aborto seguro; tratamiento digno y de calidad de las complicaciones relacionadas con el aborto; prevención y tratamiento para la infertilidad. La provisión de estos servicios implica a menudo dilemas éticos y de respeto de derechos en cuanto a cómo se regulan, ejecutan y monitorean estas prestaciones (Cook, Dickens y Fathalla, 2003). Los sistemas de salud son la unión de los conocimientos médicos, los recursos humanos y financieros en la oferta de servicios de salud. Sin embargo, la provisión y los requisitos para que esta oferta sea posible y adecuada no están exentos de dilemas y condicionantes socioculturales. Si se considera la provisión de información e insumos anticonceptivos, existen distintas perspectivas sobre la autonomía de los adolescentes y su capacidad para tomar decisiones frente a los beneficios potenciales de que un adulto acompañe esta decisión. En otros casos, el acceso a un método en particular está condicionado a la realización de una serie de estudios que insumen tiempo y recursos que no necesariamente la mujer posee. No han sido pocas las normativas que requerían el consentimiento de la pareja para la adopción de un determinado método, violando la capacidad de decisión autónoma de cada persona. La atención del embarazo, el parto y el puerperio enfrenta muchas veces las preferencias de las mujeres con la de los profesionales de la salud, y se impone a las mujeres, dada la asimetría de información, la sumisión a determinadas prácticas. La prevención y el tratamiento de enfermedades

de transmisión sexual y VIH/sida plantean desafíos que van desde el testeo sistemático a las mujeres embarazadas (pero no de sus parejas) para prevenir la transmisión vertical, hasta la asignación de recursos para los tratamientos de largo plazo. La provisión de servicios de aborto legal ha mostrado ser uno de los campos más debatidos. Aun cuando en contextos restrictivos el código penal contiene excepciones, la realización de la interrupción del embarazo queda supeditada a extensos procesos judiciales innecesarios que en muchos casos agravan la salud biopsicosocial de la mujer en cuestión. El tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto ha sido extensamente abordado en la región por distintos grupos de investigación (Langer y Espinoza, 2002). Se dispone de tecnologías probadas, de bajo costo y sumamente eficaces para el tratamiento y la prevención de las complicaciones. Sin embargo, existe un importante cúmulo de evidencia que muestra el maltrato y la estigmatización a la que son sometidas las mujeres que llegan a los hospitales. En muchos casos, además, el tratamiento oportuno queda relegado a la voluntad del equipo de salud o se lo realiza bajo condiciones inhumanas como la ausencia de anestesia durante el procedimiento quirúrgico. Finalmente, la prevención y el tratamiento para la infertilidad han sido relegados dada la complejidad y los recursos necesarios, a la vez que no se imponen condiciones de reciprocidad a las clínicas del sector privado que prestan los servicios a quienes pueden costearlos.

Referencias

Rebecca Cook, Bernard M. Dickens, Mahamoud F. Fathalla. *Salud reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, Bogotá, Profamilia, 2003. - Mahamoud F. Fathalla. "Promotion of Research in Human Reproduction: Global Needs and Perspectives", *Human Reproduction*, N° 3, 1988, pp. 7-10. - Ana Langer, Henry Espinoza. "Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe", en S. Ramos y M. A. Gutiérrez, *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*, Buenos Aires, Cedes/Flacso/CELS, 2002. - Naciones Unidas. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo, septiembre 5-13 de 1994. ST/ESA/SER.A/149 Nueva York, Naciones Unidas, 1994. - Naciones Unidas. *Plataforma de Acción y Declaración de Beijing*. *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, China, septiembre 4-15 de 1995, Nueva York, Naciones Unidas, 1995.

Contracepción

Luis Guillermo Blanco (Argentina) - *Colegio de Abogados de Santa Fe*

Aspectos socioculturales de la contracepción. Desde antiguo y por diversas razones, algunas religiones y distintos sistemas sociopolíticos han promovido las familias con muchos hijos; v. gr., para aumentar el número de creyentes o para contar con más soldados. Y también desde antiguo, la contracepción siempre ha existido. Pero desde el siglo XIX han ocurrido grandes cambios en el comportamiento sexual de los seres humanos, produciéndose una notoria escisión entre sexualidad y reproducción, y admitiéndose la posibilidad de planificar la cantidad y los espacios intergenésicos de la progenie. La cuestión ha ido tomando estado público de modo paulatino, incluso internacionalmente: ONU, Declaración de Teherán, 1968; Conferencias Internacionales sobre la Población: Bucarest, 1974; México, 1984; El Cairo, 1994; Conferencias Mundiales sobre la Mujer: México, 1975; Copenhague, 1980; Nairobi, 1985; Beijing, 1995; ONU, Revisiones de la Plataforma de Beijing, 2000 y 2005. Y se han llegado a establecer políticas demográficas persuasivas –e incluso coercitivas– de control de la natalidad. En 1955, la Organización Panamericana de la Salud consignó: "*Se puede definir a la salud sexual y reproductiva como la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros, y de tener y criar hijos saludables*". Este concepto fue aceptado por la Organización Mundial de la Salud en 1975. Al señalar la sexología que la sexualidad humana es trifacética, con un aspecto procreativo, uno social o relacional y, se quiera reconocerlo o no, una función recreativa (lúdica), se advierte acerca de la importancia del erotismo (una vida sexual armónica) como uno de los pilares que sostienen el amor matrimonial; otro de ellos es la solución correspondiente del problema de la procreación, de acuerdo con los deseos de ambos miembros de la pareja. Se ha señalado la importancia de verse libres del temor a embarazos demasiado frecuentes o no deseados, admitiendo el empleo de métodos contraceptivos. Esta temática presenta sus aristas dado que la sexualidad humana continúa siendo un tema desconocido por muchos –en diversas facetas– (analfabetismo sexual) y, aún hoy, un tema "tabú" para otros, llevando en ocasiones el lastre de la herencia victoriana y traduciéndose en una educación sexual deficiente y deformante, propia de pautas culturales mojigatas y teñida de prejuicios antifemeninos. Y también porque, dadas las orientaciones encontradas de diversas cosmovisiones morales, religiosas e ideológicas que aquí confluyen, siempre es llevada a la polémica. En ocasiones, sin advertir (o sin importar) el daño social que con ello se provoca, muy especialmente, a los sectores sociales de escasos recursos y poca instrucción, porque la fertilidad sin

control amenaza directamente la salud de la gestante y/o madre y de los seres en gestación, pudiendo influir negativamente en la de otros integrantes del grupo familiar (como los niños ya nacidos que padecen de necesidades básicas insatisfechas, que se acrecientan con los nuevos vástagos). Porque ante situaciones de extrema pobreza, mala alimentación y complicado acceso a los sistemas públicos de salud, poner obstáculos a la contracepción implica atentar contra principios éticos y jurídicos elementales de igualdad económica y social, siendo por ello discriminatorio. Máxime porque son bien conocidos los efectos de la desnutrición de la mujer embarazada, del feto y del nacido, al igual que los riesgos asociados con la alta parición (síndrome de agotamiento materno, toxemia, etc.) y con la edad materna avanzada. Todo lo cual aumenta la morbimortalidad materna y perinatal. Pero otros estratos sociales tampoco quedan excluidos de las consecuencias no deseadas del ejercicio de la sexualidad humana, tanto por carencia de educación sexual como por la falta de información y/o de acceso a métodos contraceptivos. El embarazo adolescente (y aun preadolescente –recuérdese que poder concebir no implica tener capacidad para llevar adelante la gestación–) así lo acredita. Luego, la ignorancia (provocada, tolerada o desatendida) y la falta o dificultad de acceso a información y métodos contraceptivos no resultan dispensables. No es novedad que si un futuro embarazo pudiese influir peligrosamente en la integridad psicofísica (y/o socioeconómica) de la mujer, como ella tiene fundamental importancia para los descendientes que ya existen, debe tenerse en cuenta a ese grupo familiar, real y concreto, atendiendo a su buen desarrollo evolutivo, evitando dejar en situación de posible riesgo la vida o el estado de salud con el que cuente esa mujer, en aras del bienestar de su familia y, en particular, de sus hijos antes nacidos, quienes cuentan con el "*derecho del niño a la familia*", fundado en el Preámbulo (la familia es el "*medio natural para el crecimiento y bienestar […] de los niños*") y en los artículos 7º (derecho a ser cuidado por sus padres) y 8º (derecho a preservar las relaciones familiares) de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

La contracepción como derecho sexual y reproductivo. Nos interesa aquí la contracepción entendida como faceta de los derechos sexuales y reproductivos, que son derechos existenciales básicos, en su faz individual (la decisión de tener uno o más hijos o ninguno forma parte del plan de vida de cada persona) y sociofamiliar. Esta temática se encuentra intrínsecamente vinculada a una educación sexual adecuada –sin la cual poco o mal puede saberse de contracepción–, a una salud sexual y a una salud reproductiva bien atendidas, y a los derechos sexuales y reproductivos –correctamente diferenciados y conceptuados en la Plataforma de Acción de Beijing– dado que unas y otros son abarcativos de la contracepción. También se vincula a la planificación familiar y a la procreación responsable que atiende al deber ético de decidir, libre y responsablemente, el generar o no uno o más hijos y, de intentarlo, elegir el momento conveniente para ello teniendo en cuenta las condiciones físicas, psicológicas, afectivas, económicas y sociales, en función del futuro bienestar del niño que pudiese nacer. Este último concepto, que fue acuñado por los obispos anglicanos en la reunión de Lambeth en agosto de 1930 y que después hizo suyo Paulo VI en la encíclica *Humanae Vitae*, bien entendido comprende a la contracepción en cuanto ella hace a sus fines propios. Al respecto debe destacarse que la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw) atiende al derecho a la protección de la salud de la mujer a fin de asegurar su acceso a servicios adecuados de atención médica, incluyendo los que se refieren a la planificación familiar, debiendo tener "*acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia*" (artículo 10, h.) y contando, en las relaciones familiares, con los mismos derechos que el varón "*para decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos*", teniendo "*acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer esos derechos*" (artículo 16, 1.e.). Y establece como deber de los Estados parte instaurar los medios apropiados o adecuados a tales efectos (artículo 24). En tanto que el artículo 24, 2. f., de la CDN pone a cargo de los Estados parte "*la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia*". Atendiendo al principio de igualdad de género (artículo 1º, Cedaw) –y de igualdad ante la ley–, entendiendo que el varón también cuenta con dichos derechos (pues no cabe efectuar diferencias de género en lo que a tal educación, información y acceso a los medios del caso hace), es de ver que, por imperio de dichas normas, los Estados deben *informar* a la población en general y –por medio de los efectores públicos de salud reproductiva– a los consultantes, pacientes y usuarios en particular, acerca de los métodos contraceptivos. Y además deben promover el *acceso* a los servicios de atención médica que atiendan a la planificación de la familia y, también, a los *medios* para efectuarla. Es decir, deben garantizar el *acceso* a las *prestaciones médicas* destinadas a la planificación de la familia, incluyendo la *provisión* de métodos contraceptivos. Deben tener en

cuenta que no existe (ni podría existir) algún deber legal de procrear.

Cuestiones normativas de la contracepción. En los últimos 20 o 25 años, y en ocasiones aun ante la fuerte oposición de ciertos grupos fundamentalistas para quienes los aspectos "unitivo" y "procreativo" del "acto conyugal" no pueden ser voluntariamente disociados por métodos "artificiales" (en cambio, en algunas legislaciones islámicas, en el matrimonio permanente los cónyuges deben acordar qué métodos contraceptivos emplearán), se han venido sancionando una serie de leyes de salud reproductiva –incluyendo o no la esterilización quirúrgica: ligadura de trompas de Falopio y vasectomía, sino legislándola por separado (v. gr., la ley 9263/96 del Brasil)– que tienden a tales fines. Es común que, además de la información acerca de los métodos de abstinencia periódica (mal llamados "naturales"), se establezcan los deberes de informar acerca de otros métodos (de barrera, químicos, hormonales, DIU), su indicación y provisión a los consultantes (que no siempre son pacientes). Señalan algunas de esas leyes que tales métodos deben ser "de carácter reversible y transitorios" y –aún– "no abortivos". Una fórmula de compromiso, pues por ejemplo no se entiende en qué consistiría la "reversibilidad" de un condón; se olvida que el empleo de productos hormonales será "permanente" (lo contrario de transitorio) en la medida en que no se interrumpa su ingesta; y que, más allá de la eterna disputa acerca de si el DIU y algunas "píldoras" poseen o no efectos antianidatorios, ningún método contraceptivo puede ser "abortivo", pues el aborto presupone una concepción acontecida y un embarazo establecido. Los menores de edad también cuentan con estos derechos. Por ejemplo, en la Argentina se autorizó judicialmente la colocación de un DIU a una chica de 18 años (Cámara de Apelaciones Civil, La Matanza, sala primera, 18/12/2001). Y el artículo 4º, h), 3. del Decreto 208/01 (Reglamento de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires) dispone: "*Se presume que todo(a) niño(a) o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de VIH, solicitar la provisión de anticonceptivos)*". En tanto que el artículo 7 de la ley 11.888, de "Salud Reproductiva y Procreación Responsable" (2001), de la provincia de Santa Fe, indica que: "*Cuando el servicio sea prestado a menores, se propiciará y favorecerá la participación de los padres, tutores o quienes estén a cargo de sus cuidados cuando a juicio de los profesionales o agentes intervinientes sea considerado conveniente*". Agrega el artículo 7 del Reglamento de dicha ley (Decreto 2442/02) que: "*En el caso de que el profesional o persona interviniente considere necesaria la presencia de padres o tutores, de personas menores de edad, se les transmitirá la solicitud a los mismos, dejando constancia de la invitación en la historia clínica, que deberá ser firmada por el sujeto en cuestión preservando su intimidad*". También dice que: "*La atención en el Programa de personas declaradas judicialmente incapaces deberá estar siempre acompañada de su representante legal, cuya acreditación deberá ser archivada en la historia clínica*". La esterilización quirúrgica siempre ha de ser voluntaria. Puede distinguirse entre la ligadura tubaria con finalidad terapéutica (preventiva, v. gr., en caso de "útero cansado", diabetes grave, etc.) y la esterilización quirúrgica electiva (carente de indicación médica y que se requiere por razones personales, familiares y/o socioeconómicas). En ninguno de ambos casos puede tipificarse algún delito de lesiones. En el primero, porque la ligadura tubaria lo es por indicación médica, no para causar un daño injusto. Y en el segundo, por tratarse de un acto permitido por la Cedaw. Se trata siempre de una acción privada adoptada conforme al principio de autonomía y, jurídicamente, de una conducta autorreferente –exclusiva del sujeto que la adopta, librada a su criterio y referida sólo a él– de disposición del propio cuerpo y en vistas a la infecundación, que siempre requiere el consentimiento informado del interesado. Así lo han entendido diversos órganos judiciales argentinos, al ordenar la práctica de ligaduras tubarias electivas (v. gr., Tribunal de Familia Nº 1, Quilmes, 12/8/99; Juzgado Correccional Nº 18, Gral. Roca, 21/9/00, etc.). Mención aparte merece la llamada "anticoncepción de emergencia" –destinada a evitar un hipotético embarazo proveniente de relaciones sexuales no programadas o no protegidas o de fallas en algunos métodos contraceptivos–, especialmente cuando se recurre a productos dedicados: pastillas anticonceptivas de emergencia –que no deben ser confundidas con el fármaco abortivo RU-486–. Esto último porque diversos órganos judiciales (Corte Suprema, República Argentina, 3/5/02; Vigésimo Juzgado Civil, Santiago de Chile, 30/6/04) han prohibido la producción, distribución y comercialización de determinadas pastillas anticonceptivas de emergencia, en sustancia, atendiendo a la protección de la persona humana desde la concepción y considerando como "aborto" el pretendido efecto antianidatorio de las pastillas anticonceptivas de emergencia. Se trata de un razonamiento erístico, simplemente porque no todo coito es fecundante y dada la extensión indebida del concepto jurídico de aborto a la que se recurrió. A más de que tal prohibición no impide recurrir a la anticoncepción de emergencia mediante

la ingesta de anticonceptivos hormonales orales ordinarios en dosis mayores (método de Yuzpe) o la colocación de un DIU liberador de cobre dentro de los cinco días posteriores a un coito eventualmente fecundante.

Referencias

Luis G. Blanco. "Educación sexual y planificación familiar: su marco normativo constitucional", *Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia,* N° 11, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1997, pp. 91-101. - Luis G. Blanco. "Autonomía personal, esterilización electiva y planificación familiar", *Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia,* N° 15, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1999, pp. 137-184. - Luis G. Blanco. "Apostillas acerca de un fármaco cuestionado, de un caso carente de suficiente prueba y debate, y de una sentencia inoperante", *Rev. Jurídica Argentina "La Ley",* t° 2002-C, pp. 696-708. - Sergio Cecchetto. "La 'solución' quirúrgica. Derechos reproductivos y esterilización femenina permanente", Buenos Aires, Ad-Hoc, 2004. - Andrés Gil Domínguez, "Ley nacional de salud reproductiva y procreación responsable. Ley 25.673", Buenos Aires, Ad-Hoc, 2003.

Embarazo en la adolescencia

Mónica Gogna (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

Surgimiento de la problemática. En los años setenta en Europa y Estados Unidos, y una década después en nuestra región, el embarazo en la adolescencia se convirtió en objeto de investigación de las ciencias biomédicas, la demografía, las ciencias sociales y la psicología. En su clásico artículo sobre México, Stern y García listan "*los elementos principales que convergen para que este fenómeno haya surgido como un 'problema social'* " (Stern y García, 2001). Entre otros, el crecimiento absoluto y relativo de la población adolescente, la menor disminución de la fecundidad de las adolescentes comparada con la de las mujeres adultas, la creciente medicalización del embarazo y el mayor acceso de la población de los sectores populares a los servicios de salud, los cambios sociales y culturales que modificaron el contexto normativo en el que ocurren los embarazos tempranos. Asimismo, como consecuencia del avance de los movimientos feministas, comenzó a registrarse una creciente preocupación social por ampliar las oportunidades educativas y laborales de las jóvenes, las que pueden verse afectadas por una maternidad a edad temprana. La preocupación de la salud pública por la denominada "epidemia" de adolescentes embarazadas también encubre la preocupación por una sexualidad "*femenina y joven, que parece haber escapado al control social*" (Pantelides, 2004).

La perspectiva tradicional. La construcción que se hizo del fenómeno ha tendido a parcializarlo, planteándolo básicamente desde la salud pública como un problema de morbimortalidad materno-infantil; desde las políticas públicas, como un factor importante del crecimiento poblacional, y desde un enfoque tradicional de la psicología, como una conducta que sale de la norma. Otro de los argumentos esgrimidos es que constituye un "*mecanismo de transmisión de la pobreza*". Sin embargo, ya a fines de la década de los setenta, resultados de investigación indicaban que los riesgos de salud para las madres adolescentes y sus hijos provenían en gran medida de las deficiencias nutricionales y la falta de atención médica y/o de conductas de autocuidado, que con frecuencia entraña la vida en condiciones de pobreza, y no de la edad de las madres per se. Una revisión actualizada de la literatura biomédica indica que es solo a edades muy tempranas (alrededor de los 13-14 años) cuando un embarazo constituye un riesgo en términos biológicos (Portnoy, 2005). Asimismo, diversos autores han señalado que el hecho de que el embarazo temprano se encuentre frecuentemente asociado con la pobreza no implica que este determine su aparición ni que, por sí mismo, la perpetúe. Más bien, debería considerarse el contexto de la pobreza y la falta de oportunidades como "causa" del embarazo en la adolescencia y no como su "consecuencia". Stern y García (2001) fundamentan con precisión este razonamiento: "*La pobreza casi siempre está asociada con condiciones de vida que obstaculizan la salud y nutrición adecuada de los hijos, su asistencia continua a la escuela, su aprovechamiento y permanencia en ella, así como el acceso a ocupaciones estables y a posiciones ocupacionales que permitan un ingreso estable y suficiente. Por más que lo establezca la legislación, los derechos universales a la educación, salud, trabajo, seguridad social, etcétera, van muy desigualmente acompañados de las oportunidades para hacerlos efectivos. Ni qué decir de otros elementos directamente vinculados con el embarazo adolescente, tales como la educación sexual y los derechos reproductivos, la igualdad del varón y la mujer, la no discriminación contra esta última, argumentos ahora tan en boga a partir de las conferencias de El Cairo y Beijing*".

Parafraseando a Irvine (1998), lo que es "demonizado" en la visión tradicional es el embarazo adolescente, no la pobreza, el racismo o el abuso sexual del cual son víctimas muchas adolescentes. Frente a la postura que caracteriza el embarazo en la adolescencia como "problema" sin cuestionar las estructuras de desigualdad y los procesos de vulnerabilización que afectan a adolescentes y jóvenes, se alzan, desde hace tiempo, voces alternativas. Ellas alertan acerca de los sesgos que entraña la visión que aún resulta hegemónica en muchos

ambientes. Primero, no refleja adecuadamente la realidad de los diversos conjuntos sociales. Segundo, conlleva como efecto secundario la victimización o culpabilización de los grupos subalternos sin proponer una solución realista a la exclusión social en la que viven. Tercero, "diluye" las responsabilidades de los adultos y simplifica las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias que implicaría un abordaje integral.

Un abordaje integral con perspectiva de derechos. Las visiones "contrahegemónicas" postulan que es necesario contextualizar la problemática y definir desde qué perspectiva y para quiénes el embarazo en la adolescencia constituye un problema y de qué naturaleza es el mismo. En otras palabras, es necesario considerar la diversidad de situaciones que engloba el término embarazo adolescente pues ello permite identificar prioridades en términos de políticas públicas y también diseñar acciones específicas conforme a las necesidades de diferentes grupos de adolescentes. Así, es sabido que muchos embarazos, en especial entre las jóvenes de menor edad, son producto de relaciones sexuales no consentidas (violación, coerción sexual). En otros casos, la ausencia de educación sexual y de servicios de salud amigables y/o las desigualdades de poder entre varones y mujeres dificultan la adopción de conductas anticonceptivas o afectan su eficacia. A veces, el embarazo es buscado o bienvenido. Las visiones alternativas sostienen que es necesario conocer la perspectiva de las y los adolescentes, incluir actores sociales involucrados que han sido poco estudiados (los varones, los agentes de educación y salud) y considerar el impacto a largo plazo de la maternidad/paternidad adolescente. Basándose en hallazgos de investigación, diversos autores postulan que –aun en condiciones de fragilidad social– la maternidad y la paternidad en la adolescencia adquieren muchas veces un sentido positivo (reconocimiento, reafirmación de identidad, mayor autonomía, mejoramiento de acceso a recursos, etc.). Proponemos entonces acercarse a la cuestión desde el enfoque de la vulnerabilidad social. Originariamente aplicado en el campo de los Derechos Humanos, este concepto tenía por objetivo caracterizar sectores de la población que vivían en condiciones de gran fragilidad, ya fuera desde la perspectiva jurídica o política, teniendo como telón de fondo la ausencia de sus derechos de ciudadanía. Con el tiempo, pasó a ser empleado en el campo de la salud, en particular por los investigadores preocupados por la expansión desigual de la epidemia del VIH/sida. Esta nueva comprensión sobre los sentidos de los problemas de salud permitió también el pasaje hacia un nuevo espectro de estudios, acciones y políticas. La vulnerabilidad puede ser resumida "*como ese movimiento de considerar la posibilidad de exposición de las personas a la enfermedad [al embarazo, en este caso] como la resultante de un conjunto de aspectos no sólo individuales sino también colectivos, contextuales, que acarrean mayor susceptibilidad […] y, de modo inseparable, mayor o menor disponibilidad de recursos de todos los órdenes para protegerse*" (Ayres, 1998). Esta perspectiva de análisis involucra tres grandes dimensiones: el componente individual, el social y el programático. El *componente individual* refiere a la información a la cual los individuos tienen acceso, a su capacidad de elaborarla y a la posibilidad de transformarla en prácticas efectivas. El *componente social* indica que la recepción y metabolización de la información y la posibilidad de transformar comportamientos dependen de cómo y con qué inversión de recursos la sociedad se organiza para "*ofrecer condiciones para operar en el mundo*" a un determinado grupo social. Entre estas condiciones se encuentran el nivel de escolaridad, los recursos personales y materiales, el poder político, el acceso a los medios de comunicación de masas, etc. Por último, el *componente programático o político-institucional* remite a los esfuerzos programáticos volcados al ofrecimiento de condiciones para que los individuos puedan ejercer sus derechos. Tanto los diagnósticos como el diseño de las intervenciones destinadas a dar respuesta a las problemáticas sociales deberían tomar en cuenta estos tres componentes para así generar propuestas que ofrezcan respuestas sociales efectivas y equitativas. Concretamente, la reducción de la vulnerabilidad requiere "*una activa y genuina preocupación de las comunidades implicadas con los problemas en cuestión, y la construcción solidaria y sustentada de formas realistas y efectivas para superarlos*" (Ayres, 1998).

Referencias

José Ricardo Ayres et ál. "Vulnerabilidade do Adolescente ao HIV/AIDS", en E. M. Vieira, M. E. L. Fernandes, P. Bailey y A. MacKay (orgs.), *Seminário Gravidez na adolescência*, Río de Janeiro, Associação Saúde da Família, 1998. - Janice Irvine. "Cultural difference and adolescent sexualities", en J. M. Irvine (ed.), *Sexual Cultures and the Construction of adolescent identities*, Filadelfia, Temple University Press, 1998, pp. 3-28. - Edith Alejandra Pantelides. "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", en Celade y Université Paris X Nanterre, *La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución?*, Santiago de Chile, Celade y UPX, 2004, pp. 167-182. - Fabián Portnoy. "El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales", en M. Gogna (Coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, Cedes-Unicef, 2005, pp. 67-76. - Claudio Stern, Elizabeth García. "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente", en C. Stern, J. G. Figueroa (Comps.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México, 2001.

Diagnóstico prenatal

Araceli Lantigua Cruz (Cuba) - *Centro Nacional de Genética Médica*

Definición y evolución histórica. Diagnóstico prenatal es el proceso mediante el cual se identifican, en etapas muy tempranas de la vida prenatal, desviaciones del desarrollo del embrión y del feto que pueden repercutir desfavorablemente en la calidad de vida del futuro individuo y que pueden poner en riesgo incluso la vida misma. Como el futuro genético de un hijo queda sellado en un genoma individual al unirse el óvulo y el espermatozoide, conocer, mediante indicadores específicos, evidencias de anormalidades hereditarias o determinadas en el curso de los procesos genéticamente jerarquizados antes o durante el delicado desarrollo prenatal, es el propósito del enfoque genético del diagnóstico prenatal, por lo que podemos añadir que el diagnóstico prenatal está muy comprometido con los avances de la genética médica. Durante las primeras seis décadas del siglo pasado, las técnicas de diagnóstico prenatal se limitaron a los conocimientos posibles relacionados con las regularidades propias de las cuarenta semanas de gestación y a los cambios endocrino-metabólicos ocurridos en la mujer e indicadores relacionados con la edad de la gestante, el número de embarazos y de partos, el peso materno, su tensión arterial, la glicemia, y el seguimiento evolutivo de los tres trimestres de la gestación observando, en cada uno de ellos, movimientos, latidos cardiacos, crecimiento, posiciones fetales y todo ello descansando técnicamente en las habilidosas manos de los obstetras y el estetoscopio fetal. Se define un nuevo camino hacia el diagnóstico prenatal a partir del año 1966 cuando se logra determinar técnicamente el cariotipo fetal a partir del cultivo de células fetales presentes en el líquido amniótico. Los conocimientos genéticos previos acerca de la etiología de la primera causa genética de retraso mental, iniciados con la delineación fenotípica por Langdon Down en 1866 y que identificaron en el año 1959, a partir del desarrollo de la citogenética, la presencia en estas personas de un cromosoma 21 extra en alrededor de un 95%, así como la observación epidemiológica de la relación de este fenómeno con el aumento de la edad de la madre, justificaron el origen del diagnóstico prenatal citogenético con el propósito de diagnosticar este síndrome antes de su nacimiento. Los países desarrollados comenzaron a ofrecer a su población de gestantes, a partir de estas edades, este novedoso método de estudio genético. Fue el comienzo del diagnóstico prenatal de una enfermedad genética, lo que explica que muchas personas, al aludir al diagnóstico prenatal, lo hagan refiriéndose al diagnóstico citogenético. A partir de entonces, toda la tecnología desarrollada que permite el diagnóstico y la caracterización etiológica de enfermedades genéticas y defectos congénitos, es aplicable desde la etapa prenatal de la vida, en especial para aquellas que producen severas desviaciones del desarrollo. En particular el estudio molecular del ADN, sea aplicando métodos directos o indirectos que permiten determinar la presencia o ausencia de la mutación, ha venido a solucionar el diagnóstico temprano de enfermedades genéticas, sumamente severas muchas de ellas, con expresión clínica en diversos momentos posnatales del desarrollo del individuo.

Aspectos técnicos. Para la aplicación de estas tecnologías que permiten el diagnóstico de errores del genoma a tan temprana edad, es absolutamente necesario tener acceso a muestras de tejidos de estructuras propias del desarrollo prenatal (amniocentesis para la obtención de líquido amniótico, placentocentesis y cordocentesis para la obtención de sangre fetal, biopsia de vellosidades coriales para la obtención de células de estos tejidos o fetoscopía para obtención dirigida de otros tejidos del propio cuerpo fetal), por lo que simultáneamente se han desarrollado habilidades y medios para la obtención de las mismas dirigidos a minimizar los riesgos de pérdidas del embarazo o de la vida de la embarazada, atribuibles a los proceder técnicos invasivos antes mencionados. Por otra parte, la tecnología de imágenes pone a disposición de la población de mujeres embarazadas métodos no invasivos que permiten visualizar el desarrollo del embrión y del feto durante los tres trimestres de la gestación. A esto podemos agregar el uso de indicadores en sangre materna que permiten, de una forma indirecta, constatar el bienestar fetal incluyendo riesgos para determinados defectos congénitos o enfermedades genéticas. Esto permite disponer de recursos aplicables a la población de gestantes, para la identificación de embarazos con algún tipo de riesgo que escapan al examen clínico tradicional. Riesgos que tienen lugar incluso en aquellas mujeres sin una historia clínica que permita su clasificación en este grupo de gestantes con riesgos de enfermedades genéticas o defectos congénitos. Un futuro de protección a la madre y al feto también se abre con el conocimiento del paso de células fetales a la sangre materna desde tempranos momentos del desarrollo y a partir de las cuales se aplican las tecnologías sobre el ADN fetal y que ya han permitido realizar importantes diagnósticos de enfermedades genéticas de tipo hereditario. Podemos entonces afirmar que desde el punto de vista técnico existen posibilidades reales de conocer en algún momento del desarrollo prenatal muchas enfermedades genéticas, incluso desde la fecundación in vitro, a pesar de que el pequeñísimo

número de células y del tiempo en que el diagnóstico debe realizarse constituyen un verdadero reto para el personal médico y científico involucrado en ello. En un ascenso vertiginoso, las posibilidades de incremento del diagnóstico prenatal para tan nutrido y heterogéneo grupo de enfermedades genéticas y defectos congénitos son una realidad en la atención médica del siglo XXI.

Pautas éticas. El propósito fundamental del diagnóstico prenatal se dirige a conocer lo más tempranamente posible la presencia de una enfermedad genética o defecto congénito cuya severidad permita tomar decisiones a fin de disminuir dolor al propio individuo, o cuando menos preparar a sus padres, familiares y al equipo multidisciplinario que debe tratarlo una vez nacido, para lograr el incremento de su calidad de vida y con ello beneficiar su integración social. La experiencia atesorada desde la aplicación de los primeros procederes obstétricos y técnicas dirigidas al diagnóstico prenatal, así como las discusiones generadas desde el punto de vista ético, en cuanto a la conducta a seguir, han generado información, reflexiones y pautas que se resumen a continuación: 1. Las parejas deben conocer que algunas anormalidades fetales no pueden diagnosticarse por análisis de muestras fetales ya sea por métodos directos o indirectos. 2. Hay defectos congénitos que se presentan en etapas tardías de la gestación; algunos incluso se detectan en etapas posnatales y escapan a los pesquisajes tempranos de ecografía fetal. 3. Existen complicaciones posteriores a los procederes obstétricos de la toma de muestras intraútero, tales como la pérdida del embarazo o afectación al propio feto atribuibles a ellos. 4. Existe la posibilidad de fallas específicas para cada tipo de estudio prenatal. 5. Existen variaciones en el término de tiempo que se requiere para dar el resultado de un estudio según las especificidades técnicas del estudio. 6. Existen condiciones del embarazo que no permiten la obtención de muestras fetales; esto minimiza la pérdida del mismo. 7. Aunque un diagnóstico prenatal negativo, para el propósito de conocer una enfermedad hereditaria específica, produce cierto grado de tranquilidad a la pareja, no elimina completamente la posibilidad de otro defecto de origen prenatal. 8. El diagnóstico prenatal no se dirige al propósito de terminar el embarazo al identificarse una enfermedad genética o defecto congénito, aunque es esta una opción de la pareja que el equipo multidisciplinario de atención tiene la obligación de respetar. 9. Conocer la presencia de un defecto prenatal del futuro bebé puede cambiar la atención de la embarazada y del parto, incluyendo tratamientos neonatales específicos e incluso intraútero. 10. El diagnóstico prenatal permitirá preparar el nacimiento de un bebé que necesitará un ambiente familiar diferente a lo planificado. 11. Para la planificación de un diagnóstico prenatal de una enfermedad de carácter hereditario, es preciso conocer la identidad del defecto en otros miembros de la familia. 12. Como se trata de recursos sumamente costosos, los sistemas de salud en todos los países deben proporcionar gratuitamente los diagnósticos que corresponden a programas de tamizajes y garantizar la equidad de los mismos.

El diagnóstico prenatal en Cuba. En América Latina, Cuba, con algo más de once millones de habitantes, ha puesto al servicio de toda su población, a lo largo y ancho de la isla, recursos de gran valor que permiten ofrecer el diagnóstico prenatal a todas las gestantes en riesgo, cumpliendo así la misión de poner en función de la población los progresos científicos derivados de resultados del Proyecto Genoma Humano. Existe para ello una voluntad política importante que se apoya en la organización de un sistema de salud gratuito y en la formación de recursos humanos que garantizan el acceso a servicios de genética médica, instalados en el nivel comunitario. Para el diagnóstico prenatal, a estos servicios asisten: a) las gestantes que conocen que constituyen pareja de riesgo para la sicklemia (anemia por células falciformes) –o sea que ambos son portadores de esta enfermedad genética–; b) aquellas mujeres que, por el pesquisaje nacional de detección de heterocigóticos que se realiza en el primer trimestre de la gestación, fueron identificadas como portadoras de esta enfermedad; c) cuando el examen indirecto de pesquisaje de alfa feto proteína en sangre materna, de las gestantes, ha indicado alguna anormalidad; d) las gestantes que por su edad superior a los 35 años tienen riesgo incrementado de síndrome de Down; e) las gestantes cuyas ecografías realizadas en el primer trimestre indican alguna anormalidad, o f) aquellas que, en ecografía de pesquisaje de defectos congénitos de las 20 semanas, presentan alguna anormalidad del desarrollo fetal. También solicitan estos servicios todas las gestantes que recibieron asesoramiento genético por presentar antecedentes de hijos con enfermedades genéticas o defectos congénitos, que tienen riesgos de recurrencia en su descendencia o que sean personas que genéticamente, por estudios familiares previos, afronten riesgo de tener hijos con enfermedades genéticas que pueden ser diagnosticadas en etapas tempranas del embarazo. También las gestantes que han estado expuestas a la acción conocida de teratógenos específicos. Los requisitos son: que la pareja solicite, una vez conocidos sus riesgos, el diagnóstico prenatal; que se hayan identificado estos riesgos a partir de un diagnóstico etiológico inequívoco; que existan posibilidades técnicas reales para el diagnóstico

temprano del mismo; que los riesgos de abortos por toma invasiva de muestra fetal sean bajos por su proceder. Como soporte al diagnóstico prenatal se adiciona que en Cuba el aborto es legal y la interrupción del embarazo por motivos terapéuticos es posible hasta las 26 semanas, y que se garantiza el apoyo a la decisión de la pareja de terminar o continuar el embarazo, por equipos multidisciplinarios específicos. Ofrecer servicios de genética médica y de asesoramiento genético al alcance de todas las personas que lo necesiten, defendiendo de esta forma los principios éticos de la práctica de la genética clínica y muy en especial el relativo a la justicia, es una obligación absolutamente posible de todo Estado, e imprescindible para las buenas prácticas de la medicina preventiva del siglo XXI.

Referencias

L. S. Chitty, P. P. Pandya. "Ultrasound screening for fetal abnormalities in the first trimester", *Prenat Diagn* 17, 1997, pp. 1269-1281. - I. Bray, D. E. Wright, C. Davics, E. B. Hook. "Joint estimation of Down syndrome risk and ascertainment rates: a meta analysis of nine publied data sets", *Prenat Diagn* 18, 1998, pp. 9-20. - J. A. Crossly, D. A. Aitken, A. D. Cameron, J. M. Connor. "Quality assessment of ultrasound nuchleal translucency measurements", *Eur J Ultrasound* 11: S, 2000, pp. 19-20. - J. Uitto, E. Pfendner, L. G. Jackson. "Probing the fetal genome: progress in non-invasive prenatal diagnosis", *Trends Mol Med.* 9, 2003, pp. 339-43. - E. J. Stenhouse, J. A. Crossley, D. A. Aitken, K. Brogan, A. D. Cameron, J. M. Connor. "First-trimester combined ultrasound and biochemical screening for Down syndrome in routine clinical practice", *Prenat Diagn* 24, 2004, pp. 774-80. - D. W. Bianchi DW. "Circulating fetal DNA: its origin and diagnostic potential-a review", *Placenta,* Apr 25 Suppl A:S93-S101, Review, 2004. - J. Traeger-Synodinos. "Real-time PCR for prenatal and preimplantation genetic diagnosis of monogenic diseases", *Mol Aspects Med*. 27, 2006, pp. 176-91. - Y. H. Yang, E. S. Yang, J. Y. Kwon, I. K. Kim, Y. W. Park. "Prenatal diagnosis of trisomy 21 with fetal cells in maternal blood using comparative genomic hybridization", *Fetal Diagn Ther* 21, 2006, pp. 125-33.

Asesoramiento genético

Marta Ascurra de Duarte (Paraguay) -
Comisión Nacional de Bioética

Asesoramiento genético. Término acuñado por Sheldon Reed en 1947 como *genetic counselling*. Fraser, en 1974, delineó los fines de este*: "Para ayudar al individuo o a la familia a: 1. Comprender los hechos médicos, incluyendo el diagnóstico, la probable causa del desorden y la disponibilidad del tratamiento; 2. Apreciar la manera como la herencia contribuye al desorden y el riesgo de repetición en ciertos parientes especificados; 3. Comprender las opciones para tratar a los enfermos para enfrentarse a los riesgos de repetición; 4. Escoger el curso que les parece apropiado, en vista del riesgo y de los fines de la familia y obrar de acuerdo con aquella decisión, y 5. Conseguir la mejor adaptación posible al trastorno de un miembro de la familia y al riesgo de recurrencia del mismo"*. Durante las tres últimas décadas, el desarrollo de la genética ha ido en aumento y, a la par de los nuevos descubrimientos, también los problemas y dilemas éticos, estos últimos no solo en número sino también en complejidad, la mayoría relacionados con el asesoramiento genético. Este va dirigido a individuos y/o parejas con riesgos genéticos mayores al de la población general, debido a su historia médica, su origen étnico, su edad, la presencia de una enfermedad genética en la familia o el resultado anormal de un análisis genético. Es un servicio de educación y un apoyo a las decisiones de los consultantes aun cuando estas no coincidan con lo que el asesor genético piense o con las expectativas implícitas o explícitas de la sociedad. Debe ser por tanto no directivo, a fin de lograr que el o los consultantes tomen sus decisiones de manera racional, basados en una información objetiva y por sobre todo consistente con sus valores, creencias y cultura. Técnicamente podría ser considerado como el resultado de cinco elementos: 1. La caracterización del problema, 2. El diagnóstico preciso, 3. La estimación del riesgo, 4. La comunicación y 5. el soporte, cada uno de los cuales precisa de la utilización de técnicas diferentes y es la combinación de estos lo que marca la diferencia entre un asesoramiento genético (AG) ético, satisfactorio y el mero hecho de brindar información sobre alguna patología genética.

América Latina con relación al asesoramiento genético. En cuanto a la literatura, si bien muy pocos libros han sido escritos específicamente sobre asesoramiento genético por autores latinoamericanos, el tema es incluido como capítulo en la mayoría de los países en los libros de ginecología o pediatría publicados en la región. En América Latina el asesoramiento genético es brindado por los genetistas clínicos, lidiando con los dilemas éticos, los problemas legales y psicológicos que este implica. Los genetistas atienden en los centros de genética que se hallan ubicados en casi todas las grandes ciudades de la región. Los individuos del área rural se encuentran sin atención y deben trasladarse a estos centros para su atención. Ahora bien, los problemas y dilemas éticos se hallan con relación al asesoramiento genético como tal, buscando respuesta para: ¿Los intereses de quién o de quiénes se protegen con el asesoramiento genético: la sociedad, la institución o los consultantes?, ¿a quién representa el asesor?, ¿el asesoramiento genético es un intento de influenciar en el comportamiento humano? Otros dilemas se hallan en relación con los elementos más arriba mencionados,

debido a que si bien los adelantos en diagnóstico y en pronóstico han sido muchos, aún existen cientos de patologías genéticas sin diagnóstico y por sobre todo con escasos recursos terapéuticos. Entonces: ¿Es conveniente llevar a cabo los diagnósticos de patologías para las cuales no existen beneficios o cuando estos se encuentran lo están a costos muy elevados? Y otros se relacionan con las características propias de la región, tales como la falta de equidad en el acceso a la salud: sobre todo cuando se trata de servicios especializados, no es raro ver que el asesoramiento genético no se brinda de acuerdo con la gravedad del cuadro sino con la capacidad de pago.

Barreras éticas del asesoramiento genético. Debido a problemas económicos y sociales, además de las barreras de lenguaje, educativas, culturales y religiosas que se interponen entre el genetista y los consultantes, a la hora de brindar un asesoramiento genético, a los dilemas ya existentes contribuyen otros que no hacen más que reflejar la situación socioeconómica de América Latina. Como ejemplo podemos citar los defectos congénitos, muchos de ellos debidos a la situación de pobreza, desnutrición y al consumo de sustancias durante el desarrollo fetal. Entonces: ¿Es factible tomar medidas de prevención? ¿Qué información debería brindarse durante el asesoramiento a fin de prevenir la repetición del defecto? A esto podemos adicionarle el paternalismo que aún caracteriza a los genetistas de América Latina, la creencia por parte de los consultantes de que es el asesor genético quien mejor podría manejar el tema y, por sobre todo, que le conviene a ellos. Se suma también la situación de ambivalencia y perturbación con la que acuden los consultantes, deseando conocer qué estuvo o hicieron mal, quién es el responsable y así evitar la reaparición del problema en el futuro. No es raro escuchar causas irracionales a las cuales se les atribuye la responsabilidad de lo acaecido, tornándose muy difícil para el asesor genético tratar de un modo efectivo el problema y aclarar la situación sin dañar la autoestima del consultante. Entonces cabe preguntarse: ¿Hasta dónde es ético brindar un asesoramiento genético no directivo?, ¿existen circunstancias o situaciones bajo las cuales el genetista debería de dirigir? La barrera del lenguaje es muy importante debido a que las cifras de riesgo son entregadas verbalmente. Los consultantes suelen percibir de manera diferente si estas son dadas como porcentaje o como proporción, aun cuando estos valores se correspondan; lo malo es que en la literatura sobre asesoramiento genético se presta muy poca importancia a esta situación. Por último, el asesoramiento genético asociado al desarrollo de las técnicas de diagnóstico prenatal, entendiéndose este como la información proveída sobre si el feto padece alguna malformación o patología genética durante el embarazo, ha traído aparejado a cada uno de sus avances un nuevo dilema que se suma a los ya asociados a estas técnicas, teniendo en cuenta que muchas veces el asesoramiento genético ante un diagnóstico prenatal adverso implica la posibilidad de continuar o interrumpir la gestación. Y en la mayoría de los países de América Latina el aborto es ilegal y tiene implicancias jurídico-penales. Entonces: ¿Es válido ofrecer durante el asesoramiento genético un diagnóstico prenatal que implique esta acción? De ser así, la objeción de conciencia del genetista: ¿Cuándo ha de ser expresada o considerada? Este dilema es aún mayor cuando la patología identificada no tendrá repercusiones mayores o es de aparición tardía. Una persona afectada por una enfermedad genética puede ser desigual comparada con los demás. ¿Esto significa que no tiene derecho a vivir? Dice Penchaszadeh: "*Se debe tener en cuenta que la interrupción del embarazo en estos casos nunca es una decisión deseada sino que se toma como un mal menor, en circunstancias de crisis y gran angustia por parte de los padres. El deber ético es hacer saber a los pacientes que sobre estos temas hay varias posiciones aceptables y que la opinión del asesor genético no es la única valedera*".

Aborto inseguro

Susanna Rance (Bolivia) - *Universidad Mayor de San Andrés*

El aborto como práctica común de regulación de la fecundidad. Colonización y castigo. El aborto es una de las principales formas de regulación de la fecundidad en el mundo. De 210 millones de embarazos anuales, se estima que 46 millones terminan en abortos inducidos (WHO, 2004). Hay múltiples factores asociados a la frecuencia del aborto: falta de información y de acceso a la anticoncepción, fallas de métodos anticonceptivos, violencia sexual y violación de mujeres y niñas, condiciones de salud y situaciones de vida que hacen que un embarazo sea inviable o no deseado. Históricamente las mujeres han acudido a diversos métodos de regulación menstrual e interrupción del embarazo, con grados variables de complicidad y control de sus parejas, familias, comunidades y practicantes de diferentes sistemas de salud. La colonización de América Latina por países europeos influidos por el catolicismo dejó una herencia de prohibición y castigo del aborto con instrumentos legales que reflejan un sentido religioso de pecado. La Iglesia Católica no admite una diferencia intrínseca entre la personería de la mujer y el producto de concepción que considera como ser humano desde la fecundación. Los códigos legales

tienden a enfatizar el carácter criminal del aborto, sin abordar el acceso a servicios de salud, los derechos de la práctica médica, ni el derecho de las mujeres a proteger su salud y vida cuando la continuación de un embarazo las pone en riesgo (Cook y Dickens, 2003).

Liberalización de las leyes. Desde 1950 se han liberalizado las leyes sobre el aborto en los países industrializados. Internacionalmente, con un ritmo más lento en los países en vías de desarrollo, el enfoque legal hacia el aborto está evolucionando desde la prohibición criminal hacia el acomodo como opción para preservar la vida y la salud, particularmente bajo la luz de los datos sobre mortalidad y morbilidad maternas. El impulso moderno hacia la liberalización viene de la adopción internacional del concepto de la salud reproductiva y el reconocimiento más amplio de que el acceso a la atención segura y digna en salud es un derecho humano fundamental (Cook y Dickens, 2003). Actualmente más del 61% de la población mundial vive en países donde el aborto inducido está permitido con ciertas causas o sin restricción alguna. El 26% de la población vive en países donde el aborto se encuentra esencialmente prohibido (Center for Reproductive Rights, 2005). Sin embargo, en casos en que las leyes nacionales admiten el aborto –por ejemplo, para salvar la vida de la mujer o en embarazos producidos por violación–, frecuentemente se niega el servicio por la falta de conocimiento o voluntad para aplicar la legislación, falta de reglamentación, presiones religiosas y el temor del gremio médico a la sanción legal y moral. Un hito histórico en la jurisprudencia sobre aborto ocurrió en octubre de 2005 cuando el Comité de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas sancionó al gobierno de Perú por violar sus obligaciones bajo la Convención sobre Derechos Civiles y Políticos, al negar el acceso de la adolescente K. L. al aborto terapéutico permitido por su propia legislación nacional (U. N. Human Rights Committee, 2005).

Ilegalidad, riesgo y salud pública. De 46 millones de abortos practicados anualmente en el mundo, 27 millones se hacen de manera legal y 19 millones se realizan fuera del amparo de la ley, casi todos en países en vías de desarrollo (WHO, 2004). Los abortos ilegales se realizan a menudo en condiciones inadecuadas con riesgos considerables para la salud y la vida de las mujeres. "*Aborto en condiciones no adecuadas se define como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado ya sea practicado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente carente de estándares médicos mínimos, o ambos*" (WHO, 1992). La ilegalidad y la clandestinidad, combinadas con la pobreza y la falta de información, inciden en la inseguridad de procedimientos que causan la muerte de aproximadamente 68.000 mujeres cada año. En los países en vías de desarrollo muere una mujer por cada 270 abortos realizados en condiciones de riesgo. América Latina y el Caribe ocupan el primer lugar en el mundo en cuanto a la incidencia del aborto inseguro con una razón de 32 abortos inseguros por cada 100 nacidos vivos. En la región se producen 30 muertes por abortos inseguros por cada 100.000 nacidos vivos: fallecen 3.700 mujeres cada año por esta causa, equivalentes a una muerte materna en seis (WHO, 2004). La muerte de una mujer por complicaciones del aborto es, por definición, una muerte prevenible. Por su magnitud y la severidad de sus efectos, el aborto inseguro constituye un grave problema de salud pública. Ante las evidencias de la asociación entre ilegalidad del aborto, prácticas riesgosas y muerte de las mujeres, especialmente las más pobres, ¿cómo se explican los avances limitados hacia la reducción de la mortalidad por esta causa? A diferencia de otras medidas de salud pública, el tratamiento del aborto e inclusive la atención posaborto son objeto de oposición religiosa y moral que obstaculizan su integración en las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva.

Derechos y equidad de género, conceptos en conflicto y doctrina católica. La penalización del aborto y las muertes por abortos inseguros están ligadas a la inequidad social, intromisión religiosa en asuntos de Estado y discriminación de género. El Comité de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw) observa los obstáculos puestos por "*leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones*". Propone enmiendas "*a la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos*" (Comité de la Cedaw, 1999). Los términos usados para aludir al aborto tienen diferentes connotaciones e implicancias políticas. Nuestro título –"Aborto inseguro"– sugiere la posibilidad del aborto seguro, concepto negado desde el principio católico de defensa de los derechos del no nacido. Un ejemplo de esta última posición fue la reserva hecha por la delegación de Malta en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) al párrafo 8.25 del Programa de Acción que recomienda que, cuando el aborto no es contrario a la ley, debería realizarse en condiciones de seguridad (*such abortion should be safe)*: "*La delegación de Malta se reserva su posición sobre la expresión 'los abortos deberán realizarse en condiciones de seguridad' pues estima que la frase se podría prestar a múltiples interpretaciones, e implicar, entre otras cosas,*

que el aborto puede carecer por completo de riesgos médicos y psicológicos, además de que se pasan totalmente por alto los derechos del feto" (Unfpa, 1998). Aquí retornamos al meollo de la discusión bioética: el conflicto entre los derechos de la mujer gestante y los del producto de concepción. La doctrina católica incluye la figura poco conocida del "aborto indirecto" que se permite para salvar la vida de la mujer en dos situaciones: embarazo ectópico y embarazo coexistente con un cáncer de los órganos reproductivos. "*La doctrina del 'doble efecto*' (Beauchamp y Childress, 1994) [...] *dice, en resumen, que si una acción tiene un buen y un mal efecto* [en este caso, salvar la vida de la madre pero provocar la muerte del feto], *la acción no está prohibida siempre que no haya intención de hacer el daño, aun cuando éste sea previsible*" (Faúndes y Barzelatto, 2005). A este resquicio normativo se suman la disidencia dentro de la Iglesia y el no acatamiento por muchas personas católicas a las prohibiciones de la anticoncepción y del aborto. La "enseñanza solemne" del Vaticano sobre estos puntos no constituye un dogma (o juicio papal infalible) y por tanto está sujeta a la posibilidad de cambio en el futuro (Faúndes y Barzelatto, 2005).

Modificación del sentido en traducciones inglés-castellano. Retrocesos y avances. Los debates sobre estos temas, intensificados en los países católicos de América Latina, han dado lugar a modificaciones en el lenguaje traducido del inglés al castellano en documentos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales. En inglés, lengua marcada por la tradición secular anglosajona, siguen vigentes las alusiones a la seguridad o inseguridad del aborto (*safe abortion*, *unsafe abortion*), mientras que en castellano se habla más del riesgo. El párrafo 8.25 del Programa de Acción de El Cairo recomendó a los gobiernos y otras organizaciones pertinentes ocuparse de los efectos en la salud del "*unsafe abortion*" (documento original en inglés), concepto que fue traducido en castellano como "*abortos realizados en condiciones no adecuadas*". En 2003 la Organización Mundial de la Salud publicó la guía *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, cuyo título en castellano fue *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.* Los ajustes en el lenguaje han sido justificados en aras del consenso, pero reafirman la resistencia política a incluir el aborto seguro dentro de los programas de maternidad segura que se han limitado mayormente a la atención posaborto. La Regla de Obstrucción Global del Congreso de los Estados Unidos (iniciada con la Política de la Ciudad de México en 1984 y reforzada por la Enmienda Smith a partir de 2001) ha restringido la discusión y acción sobre el aborto por parte de organizaciones no gubernamentales basadas fuera de los EE. UU. que reciben fondos de población del gobierno estadounidense. La llamada Ley Mordaza también ha influido en las políticas de gobiernos que reciben financiamiento para programas de salud reproductiva de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Usaid). En contraposición a esta tendencia regresiva, en 2006 se lanzó el Programa Global de Aborto Seguro coordinado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (PPF) con apoyo del Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del gobierno británico. En la región latinoamericana existe el antecedente de programas en Brasil y México que ofrecen la interrupción legal del embarazo en algunos servicios de salud pública a mujeres que han sido violadas (Faúndes y Barzelatto, 2005; Hord, 1999).

Principios éticos a respetar. La práctica muy difundida del aborto requiere medidas para resguardar la salud y vida de las mujeres, sin discriminación en cuanto al acceso y la calidad de los procedimientos. El aborto seguro permite la minimización del daño emergente de un embarazo forzado, inviable o no deseado. En la eventualidad de objeciones de conciencia, la Organización Mundial de la Salud señala: "*Los estándares profesionales éticos generalmente requieren que el profesional de salud derive a la mujer a otro proveedor entrenado y dispuesto dentro del mismo centro o a otro de fácil acceso. Si la derivación no es posible y la vida de la mujer está en juego, se debe requerir al profesional de la salud que realice el aborto, en cumplimiento de las leyes nacionales*" (OMS, 2003). La resistencia a aplicar el principio bioético de la autonomía en este campo se sostiene en dos convicciones que entran en contradicción con los Derechos Humanos de las mujeres: el carácter obligatorio de la maternidad no obstante las circunstancias de la fecundación o el deseo de la mujer respecto al embarazo, y el estatus atribuido al producto de concepción, embrión o feto como equivalente o superior a la personería de la mujer. En un marco integral de salud y derechos sexuales y reproductivos, el acceso al aborto seguro forma parte de las condiciones necesarias para que las mujeres puedan ejercer decisiones sobre su propia fecundidad, libres de violencia o imposiciones de la pareja, familia, iglesia o Estado. El aborto inseguro plantea asimismo un problema para la equidad y la justicia social porque la incidencia, el castigo legal y el saldo mortal de las prácticas clandestinas y riesgosas afectan principalmente a mujeres de las regiones, países y sectores más empobrecidos. En un mismo contexto nacional y legal, las mujeres pobres mueren más por aborto, debido a la falta de recursos e información. Dice el informe *Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza* (IPPF, 2006): "*Por razones que van desde los*

Derechos Humanos hasta la religión, el aborto genera más desacuerdo político y social que casi cualquier otro asunto. [...] Hay una apremiante necesidad de una discusión abierta e informada para abordar la injusticia fundamental de las causas y consecuencias del aborto inseguro".

Referencias

T. L. Beauchamp, J. F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics,* fourth edition, New York, Oxford University Press, 1994. - Center for Reproductive Rights. "Leyes sobre aborto en el mundo 2005. Clasificación de las leyes sobre aborto desde las más hasta las menos restrictivas", afiche, New York, Center for Reproductive Rights, 2005. - Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general N° 24, La mujer y la salud (artículo 12), U. N. Doc. A/54/38/Rev.1, párrafos 14 y 31[c], 1999. - Rebecca J. Cook, Bernard Dickens. "Human Rights Dynamics of Abortion Law Reform", *Human Rights Quarterly*, vol. 25, Nº 1, 2003, pp. 275-277. - Aníbal Faúndes, José Barzelatto. *El drama del aborto: en busca de un consenso,* Bogotá, Tercer Mundo Editores, 2005. - Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.* El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. New York, Unfpa, 1998. - Charlotte E. Hord. *Párrafo 8.25 de la CIPD: un estudio mundial del progreso,* Chapel Hill, Ipas, 1999. - International Planned Parenthood Federation. *Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza.* London, IPPF, 2006. - Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud,* Ginebra, OMS, 2003. - United Nations Human Rights Committee, Communication N° 1153/2003, *K. L. v. Peru*, criterios adoptados el 24 de octubre 2005. - World Health Organization. *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*, *Report of a Technical Working Group*, April 1992 (WHO/MSM/92.5). - World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000,* Fourth edition, Geneva, WHO, 2004.

Salud y enfermedad

Al considerar las nociones de salud y enfermedad, una cuestión conceptual problemática aparece en torno a la salud entendida como concepto científico y técnico, por un lado, y la salud entendida como un valor social fundamental, por otro. Y es que tanto entendemos la salud como concepto unificador de los conceptos científicos y las operaciones técnicas de las ciencias de la vida y la atención de la salud, como también la entendemos como un valor fundamental y por tanto como una especificación más del valor social mayor que es la justicia. Frente a esto, cuando se llama 'salud' a los conceptos científicos y a las operaciones técnicas que aparecen como respaldo empírico del valor salud, suele presentarse una confusión que nos lleva a preguntarnos ¿qué es la salud?

El signo de salud-enfermedad. Los datos que describen el cuerpo de un paciente o de una población siguiendo un examen de acuerdo con reglas establecidas para ello, son en principio simplemente descriptivos (con los límites que esto requiere referidos en especial a las condiciones de la búsqueda) hasta que no se los haya correlacionado y adquieran un sentido por comparación de unos con otros. Esto es lo que el concepto de *signo de salud,* que agrupa una enorme variedad de síntomas (subjetivos) y signos (objetivos), agrupados en diversos cuadros clínicos y síndromes agudos o crónicos, nos va a dar como fundamento científico de las operaciones de la explicación y la predicción médicas. Puede hablarse así de una semiótica de la salud. Pero la explicación del sentido que tiene por ejemplo un conjunto de signos neurológicos y hepáticos que configuren un cuadro clínico de encefalopatía aguda, puede conducir o bien hacia la idea de una insuficiencia hepática aguda grave o bien hacia la de un brote agudo de encefalopatía en el curso de una cirrosis crónica. El proceso combinatorio de los diversos datos registrados –la técnica explicativa del algoritmo combinatorio– se hace siguiendo las evidencias que el conocimiento científico de estas enfermedades ha aportado. Del mismo modo, en el campo sanitario, ante un conjunto de datos que le sugieran al político que puede estar ante la presencia de una hambruna, a este le interesará conocer tanto los indicadores de empleo y distribución del ingreso como la producción y el precio de los alimentos antes de poder explicar con algún fundamento científico el sentido de esos datos e intentar predecir el curso de los acontecimientos. Desde luego que para explicar una hambruna se utilizan determinadas técnicas, pero estas no han de confundirse, por cercana que sea la relación entre ambas, con la justificación científica de la misma. Sin embargo, los componentes científicos no son los únicos que otorgan relevancia al signo de salud-enfermedad.

Valores en bioética y significado social del concepto de salud integral. Cabe decir que la ciencia muestra sus enunciados en modo de conceptos científicos legitimados por la evidencia en la verdad de sus enunciados, y que las tecnologías muestran sus saberes por las operaciones técnicas legitimadas por la eficacia de sus resultados. En ese sentido, al hablar de *la vida* de un embrión o de un paciente en estado vegetativo persistente (v.) o de la mortalidad infantil o de los años de vida perdidos que podrían haberse evitado –en perspectiva sanitaria–, necesitamos conceptos de la biología, la estadística, las técnicas de intervención o procedimientos de determinación de la muerte, etc. Lo mismo sucede con *la identidad* (v.), en perspectiva psicológica, sociológica, antropológico-cultural, genética, etc. Y otro tanto ocurre con la salud: al hablar de ella aludimos por un lado a los componentes científicos y técnicos que la definen. En este sentido, la noción de salud como concepto integrador de las evidencias científicas y criterios de eficacia técnica disponibles –no de las prácticas saludables como tales pero sí de las pretensiones de validez universal de esas prácticas–, solo puede atribuirse en su dominio especializado a un conjunto de miembros de la comunidad o agentes de salud de las más diversas disciplinas. La dimensión del saber científico y técnico sobre la salud descansa en aquellos individuos –profesionalizados– que se han capacitado en el dominio de ese conocimiento (v. *Medicina y profesiones de la salud*). Pero aun dentro del saber científico-técnico sobre la salud hay una diferencia importante entre el campo de dominio propio de las ciencias biomédicas y el de las ciencias antropológicas y sociales. Esto hace que la salud, entendida en la perspectiva reduccionista del saber biomédico, haya consistido sustancialmente en un concepto opuesto al de enfermedad (v. *Lo normal y lo patológico*) y que la atención de la salud haya sido vista asimismo como atención de la enfermedad, dejando de lado la promoción, prevención y rehabilitación, entre otras cuestiones. Sin embargo, las actitudes ante la salud pueden ser vistas en su sentido social –lo que se suele asociar también en salud pública a 'estilos de vida' en el sentido más amplio, cultural y social, y ligado no solo a la salud sino a hábitos de todo tipo–: por ejemplo, actitudes frente al cáncer, a las enfermedades infecciosas, a

la reproducción humana, a la maternidad o la crianza de niños en el sentido saludable o no, etc. No obstante, las actitudes ante la salud también pueden considerarse en el sentido individual: muchas veces puede haber una actitud social de negación del cáncer, por ejemplo, pero las actitudes individuales ante el diagnóstico o el pronóstico pueden mostrar importantes variaciones. En el campo particular de la genética, por ejemplo, la actitud 'social' de querer saber, a veces se puede problematizar individualmente en el querer hacer y sus implicancias: asesoramiento genético (v.), diagnóstico prenatal (v.), etc. (v. *Modos de enfermar y conceptos de enfermedad*). Pero si el saber biomédico sobre la salud se conjuga con el saber de las ciencias antropológicas y sociales sobre la misma, entonces tendremos un sentido más amplio de la misma que se podrá entender como 'salud integral' (v.). Este es un concepto que solo puede entenderse al conjugar lo 'social' y lo 'biomédico'. Pero la salud y la enfermedad tienen otras dimensiones, además de la científica y técnica. Y el saber sobre esas dimensiones no descansa en modo particular sobre un conjunto de profesionales especializados sino que pertenece en general a cualquier miembro de la comunidad. La experiencia subjetiva –individual o grupal– sobre la enfermedad es una dimensión inconmensurable para el saber científico-técnico (v. *Experiencia de enfermedad y narración*). En este marco de la dimensión valorativa sobre la salud y la enfermedad, las ciencias de la vida y la atención de la salud, así como las ciencias antropológicas y sociales, pueden ver asociados sus conceptos científicos y técnicos a valores culturales y éticos que son la vida, la identidad, la integridad, la libertad, la salud y el bienestar de las personas y los grupos sociales. Y si la conjugación de conceptos de las ciencias biomédicas, antropológicas y sociales podían expresarse con el concepto de 'salud integral', los valores éticos correspondientes pueden conjugarse bajo el valor mayor que es la justicia.

Salud y justicia. La articulación entre salud y justicia quizás pueda entenderse bajo el concepto de *vida saludable* (v.). Si la justicia define a la vida buena (v.), la justicia en bioética no puede ser entendida de un modo tan general que se extienda a todas las dimensiones de la vida y el vivir humanos, es decir a toda la vida buena. Porque, de ser así, la bioética sería no solo *biopolítica* –lo cual puede entenderse como un hecho inevitable en bioética– sino la razón misma de *toda* política. Algo de eso hay en los límites imprecisos de la bioética cuando es tratada por los organismos internacionales o por las comisiones nacionales de bioética. Pero si llevamos el grado de generalización a ese nivel, entonces el campo propio de la bioética se disuelve en el de la política y poco sentido tendría, por ejemplo, formar recursos humanos en bioética. De modo tal que quien pretende educar en bioética, está aceptando de hecho un recorte pragmático de los alcances de la bioética. No hay proyectos educativos para habilitar académicamente a los políticos (aunque quizás debería haberlos). Sin embargo, cabe todavía otra posibilidad de generalización de la articulación entre justicia y salud como vida saludable, y esta sería la de llevar el concepto de bioética a una transformación no en biopolítica sino en una redundancia de la propuesta entendida como *biopedagogía*, una suerte de *paideia*. Es decir, suponer que la bioética consiste en el proceso mismo de su enseñanza y limitarnos por tanto a "enseñar" ya que habríamos abandonado antes la alternativa del "transformar" que encierra la política. Obviamente, para que la bioética consista en una mera "transmisión" hay que aceptar –como la bioética de principios– que los contenidos de la moral ya están dados y que de lo que se trata –para un bioeticista– es simplemente de mostrarlos en el mejor modo posible. Pero el fracaso de estos intentos es ya más que evidente cuando se los observa en su dimensión pragmática.

Los problemas globales para la salud. Dentro de las coordenadas de imposición social global del complejo económico industrial ligado a la salud, esta es vista como atención de la enfermedad en una sociedad medicalizada y un cuerpo humano convertido en mercancía –en tanto es esa atención lo que rinde beneficios–. La salud se entiende también bajo un reduccionismo biomédico –porque se vende más lo que presume de mostrar evidencias científicas 'duras'–, y como una actividad que puede ser regulada procedimentalmente desde las corporaciones del biopoder. Por eso es que, en los ataques a la Declaración de Helsinki, la FDA postuló que la Declaración no debía meterse en cuestiones de 'ética social'. Y así se pretende que los paradigmas de evaluación moral de las investigaciones sigan conservando las categorías conceptuales y procedimentales de las ciencias biomédicas, insistiendo en la dimensión individual de legitimación moral centrada en el consentimiento informado. Pero si la legitimación de las cuestiones antropológicas y sociales solo puede hacerse desde el Estado y no desde los individuos y ni siquiera desde los comités institucionales de ética, entonces hay que preguntarse cuáles habrán de ser los criterios sustantivos y procedimentales que frente a las ciencias de la vida diferencien la regulación normativa de las ciencias antropológicas y sociales en los conceptos de salud y enfermedad. La consideración de una tabla de valores que abarque desde la vida hasta el bienestar de las personas, y que nos conduzca hacia el respeto de

sus derechos humanos y hacia la reflexión contextualizada de sus problemas éticos, nos brinda una visión más amplia del universo moral que la que han ofrecido las concepciones reduccionistas. Y una bioética latinoamericana, crítica y constructiva a la vez, no puede perder de vista esta amplitud en orden a sus desarrollos.

[J. C.T.]

Lo normal y lo patológico

Reinaldo Bustos (Chile) - *Colegio Médico de Chile*

Crítica de la tesis de la homogeneidad. ¿Somos sanos porque somos normales? ¿La anomalía es lo mismo que la anormalidad? ¿Siempre la enfermedad es equivalente a la anormalidad? Las respuestas no son simples ni evidentes. En el siglo XIX, el positivismo reinante consideró a la medicina como "*la ciencia de las enfermedades y a la fisiología como la ciencia de la vida. En las ciencias, la teoría es la que esclarece y domina a la práctica. La terapéutica racional solo podría sostenerse sobre una patología científica y ésta sobre una ciencia fisiológica*" (Bernard, 1877). Para sustentar este punto de vista, Bernard dice: "*El buen sentido señala que si se conoce completamente un fenómeno fisiológico, se tiene que estar en condiciones de explicar todas las perturbaciones que pueden experimentarse en el estado patológico: fisiología y patología se confunden y en el fondo son una y la misma cosa*" (Bernard, 1877). Esta tesis era opuesta a las concepciones propias de la época, donde predominaban las ideas de una etiología ontológica de las enfermedades correlativa a la representación externa del mal, ya sea de naturaleza microbiana o ambiental, fuerzas que es necesario expulsar o rechazar del cuerpo de los individuos. A la tesis de la homogeneidad de lo normal y lo patológico, Canguilhem (1986) pregunta "*¿de qué fenómeno fisiológico es la glucosuria una exageración cuantitativa, si no existe normalmente glucosuria?*". Aun cuando Claude Bernard tiene el mérito de poner en relación –siguiendo la idea de la continuidad entre lo normal y lo patológico– la continuidad entre la vida y la muerte, Canguilhem concluye que, al considerarse en la teoría de la homogeneidad de lo normal y lo patológico casos elegidos unilateralmente, se incurre en la simplicidad de confundir la vida como idéntica tanto en salud como en enfermedad, además de no dar respuesta al origen ontológico (externo de las enfermedades). ¿Cómo dar cuenta entonces de que estar enfermo significa para el hombre vivir una vida diferente incluso en el plano meramente biológico, "otra forma de andar en la vida", donde el síntoma o la enfermedad se inserta en la totalidad del individuo? Para justificar sus puntos de vista, Canguilhem somete a un examen crítico los conceptos de normal, anomalía, enfermedad, de lo experimental; para luego exponer con sistematicidad sus conclusiones: al concepto de norma, opone la idea de normatividad biológica, entendiendo por normativo aquello que instituye normas. Piensa que "*el hecho de que un ser vivo reaccione con una enfermedad frente a una lesión, a una infección, a una anarquía funcional, traduce el hecho fundamental de que la vida no es indiferente a las condiciones en que ella es posible, que la vida es polaridad y por lo mismo posición inconsciente de valor; en resumen: que la vida es de hecho una actividad normativa*" (Canguilhem, 1986). Y agrega, contra la tesis de Bernard de la unificación de las leyes de la vida natural y las de la vida patológica, que la vida es polaridad, porque se encuentra muy lejos de ser indiferente frente a las condiciones que se le imponen, para enfatizar que es la vida misma la que instituye lo normal biológico como concepto de valor por oposición a un concepto estadístico de realidad. El rol del médico sería entender que la vida es una actividad polarizada a la que hay que ayudar en su esfuerzo espontáneo de defensa y de lucha contra todo aquello que tiene valor negativo, agregándole la luz relativa pero indispensable de la ciencia humana. La vida para el médico no es un objeto y la medicina para el hombre es solo un medio, en tanto es una técnica humana que ayuda al esfuerzo de la actividad polarizada que es la vida, para encontrar las normas adecuadas a su propio desarrollo o las condiciones de existencia que fueren normativas. Ser normal es, entonces, la capacidad para instituir nuevas normas, incluso orgánicas, frente a las variaciones del medio: el hombre normal es el hombre normativo. A partir de este momento se hace fácil comprender la posición del autor frente a los distintos conceptos usados corrientemente en clínica médica como conceptos absolutos.

La normalidad como normatividad. De esta manera, no existe un hecho normal o patológico en sí. La normalidad provendrá de su normatividad. Lo patológico no es la ausencia de norma biológica, "*sino una norma diferente pero que ha sido comparativamente rechazada por la vida*" (Canguilhem, 1986). Lo patológico es lo anormal, porque es la condición concreta de sufrimiento y de

impotencia, condición de una vida contrariada, detenida o congelada en la posibilidad de instituir nuevas normas. Pero, ¿dónde comienza la enfermedad? "*La frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente precisa para un solo o idéntico individuo considerado sucesivamente. Aquello que es normal –por ser normativo en condiciones dadas– puede convertirse en patológico en otra situación si se mantiene idéntico a sí mismo. El individuo es el juez de esa transformación porque es él quien la padece en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone*" (Canguilhem, 1986).

La enfermedad es en este sentido un comportamiento para un ser vivo individual, concreto, con relación a la actividad polarizada en su medio ambiente, calificado por ese sujeto de acuerdo con su incapacidad para instituir nuevas normas de comportamiento; con lo que se puede entender perfectamente también que, si ese individuo reduce su nivel de actividad al extremo de hacerla compatible con un medio donde las variaciones y exigencias normativas fueren menores a aquel que había provocado la enfermedad, recuperaría su normalidad y nosotros estaríamos autorizados para decir entonces que la enfermedad es una nueva dimensión de la vida por la incapacidad relativa de ser normativo, y no solo una variación sobre el estado de la salud. De hecho, Canguilhem, al definir lo que se debe entender por salud, distingue con claridad que la palabra salud tiene dos sentidos; uno absoluto y otro calificado. Tomada en el primer sentido, "[...] *la salud es un concepto normativo que define un tipo ideal de estructura y comportamiento orgánico; en este sentido, hablar de buena salud es un pleonasmo, porque la salud es un bien orgánico. La salud calificada (en el segundo sentido) es un concepto descriptivo, que define determinada disposición y reacción de un organismo individual frente a posibles enfermedades. Ambos conceptos, descriptivo calificado y normativo absoluto, se distinguen tanto que el mismo hombre común dirá de su vecino que tiene mala salud o que no tiene la salud, considerando como equivalentes la presencia de un hecho y la ausencia de un valor*" (Canguilhem, 1986).

La enfermedad es por consiguiente detención, rigidez, incapacidad del sujeto para armonizar sus recursos propios con relación a un medio que le exige un nivel determinado de comportamiento, y la salud sería la capacidad de transformar las normas con relación a las condiciones individuales que le ofrece un medio determinado; en palabras de Canguilhem, un margen de tolerancia a las infidelidades del medio. El examen crítico de Canguilhem de las nociones de lo normal y lo patológico hace posible ver con claridad que, si bien las ciencias experimentales en medicina nos permiten una gran eficacia y control de los fenómenos naturales, esto no basta para hacer medicina para el hombre. El ser humano no es solo biología reducible a cuantificación y regularidad en el medio artificial del laboratorio; es ante todo una persona capaz de evaluar y elegir, capaz de significar y actuar, dotado de autonomía y capacidad psicológica y simbólica para enfrentarse e imponerse sus propias normas en un medio ambiente a menudo restrictivo y hostil. Cuando se siente enfermo puede recurrir al médico para que le dé un nombre a su experiencia subjetiva. La medicina y el médico son solo un auxiliar en su empresa de reconquistar su capacidad normativa que él denomina salud.

Referencias

Claude Bernard. *Lecciones sobre la diabetes y la glucogénesis animal*, 1877. - Georges Canguilhem. *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI Editores, 1986. - Claude Bernard. *Principes de Médicine experimentale*, París, PUF, 1947.

Enfermedades agudas

Horacio García Romero (México) - *Academia Nacional Mexicana de Bioética*

Concepto. Todo individuo, para tener un estado de salud biológico, psicológico y social que le permita gozar de bienestar y tener satisfacción por las labores que realiza para sí mismo y para los demás, requiere un conjunto de requisitos que favorezcan este estado. Además de las influencias de su genotipo, son importantes los factores del ambiente externo: temperatura adecuada, aire no contaminado y saneamiento ambiental; elementos biológico-sociales como una adecuada nutrición, vivienda, vestuario, reposo y ejercicio, educación y recreación, cierto grado de tranquilidad en sus labores y en sus relaciones con los que convive que eviten tensiones intensas y prolongadas. La enfermedad se presenta cuando ocurre un desequilibrio suficientemente grande entre estos factores y las condiciones genéticas, biológicas, psíquicas y sociales del individuo. El principio de la enfermedad aguda, que puede o no ser precedido por un periodo asintomático en el que la enfermedad ya existe, se manifiesta por un conjunto de síntomas leves o intensos, que pueden, como respuesta del organismo, durar pocos días y desaparecer o bien prolongarse por un tiempo largo, que en ocasiones dejan secuelas limitantes que duran varias semanas o meses o toda la vida y, por último, que pueden producir la muerte. Los factores que producen estas enfermedades agudas son,

entre otros: a) infecciosos; b) intoxicaciones por productos que alteran la fisiología o producen lesiones orgánicas; c) traumatismos por productos accidentales o intencionales, físicos o químicos; d) alteraciones previas orgánicas que pueden o no haber pasado inadvertidas, que originan lesiones y situaciones de gravedad variable: infarto cerebral, intestinal o del miocardio, úlcera péptica perforada o sangrante, ruptura de aneurisma, insuficiencia renal aguda, y otros muchos problemas en los órganos vitales; e) en la mujer embarazada puede ocurrir un trastorno agudo como embarazo extrauterino, aborto incompleto, ruptura uterina y otros; f) la obstrucción aguda de las vías respiratorias, digestivas y circulatorias por cuerpos extraños o por lesiones previas; g) traumatismos psíquicos, situaciones agudas del ambiente social que producen trastornos funcionales o somáticos.

Derecho a la atención del paciente con enfermedad aguda. El personal de salud debe estar preparado para atender estas enfermedades agudas. Esto significa que debe contar con los conocimientos y destrezas para atacar la enfermedad. Requiere además diligencia para que la atención sea oportuna y de genuino interés por el paciente que requerirá el seguimiento de su padecimiento hasta su resolución. El derecho a la atención de la salud de todos los habitantes de una región, de acuerdo con el precepto bioético de la justicia, aceptado por la gran mayoría de las naciones, exige que en las distintas áreas de un país se cuente con los siguientes elementos: 1. instalaciones distribuidas adecuadamente para dar atención de primero, segundo y tercer nivel integral, oportuna, eficaz y universal; 2. medios de comunicación entre las unidades de diferentes niveles para agilizar la atención; 3. medios de transporte para trasladar a los pacientes que lo requieran a otras unidades; 4. material y equipo adecuado; 5. áreas suficientemente amplias que permitan una esmerada atención. Las áreas de urgencias, en las que se tratarán a la brevedad posible las enfermedades agudas, contarán las 24 horas con equipo de rayos X, electrocardiógrafo, laboratorio (que incluya estudio de tóxicos), acceso rápido a la sala de operaciones, personal calificado: ortopedista, cirujano, ginecoobstetra, internista, así como los medicamentos indispensables para tratar los problemas agudos frecuentes: antihipertensivos, trombolíticos, antibióticos, entre muchos otros. El personal de salud, en la atención a una persona con una enfermedad aguda, debe tener respeto a la dignidad y a la capacidad de decisión del paciente. La información detallada sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se hace obligatoria y debe realizarse en un lenguaje que sea comprendido por el paciente, a fin de que ejerza su autonomía y se haga corresponsable de su propia salud. En ocasiones pueden requerirse traductores de lenguas indígenas si son numerosos los pacientes que no hablan castellano, lo que ocurre en muchos países de Latinoamérica. Ante una enfermedad de pronóstico grave, el personal de salud puede elegir el momento más oportuno para informar al paciente, y dosificar la información para evitar un daño que puede ser irreparable. En todo caso se mostrará al enfermo una actitud benevolente, respetuosa y amistosa, evitando todo tipo de discriminación. Se ha aceptado universalmente que la salud es un bien de alta prioridad para el ser humano, ya que sin él no puede tener acceso a sus demás derechos y no puede cumplir con sus obligaciones dentro de la sociedad. En la mayoría de los países se ha propuesto que sea el Estado el encargado de velar por la salud de sus habitantes, y vigilar que se den las condiciones necesarias para dar vigencia a la garantía del derecho a la protección de la salud.

Preceptos bioéticos. Durante la atención de un paciente con una enfermedad aguda, es recomendable tomar en cuenta los siguientes conceptos que nos permitirán cumplir cabalmente con los preceptos bioéticos. 1. ¿Existe en este paciente algún dilema bioético que deba ser resuelto? ¿Qué estudios realizar? ¿Qué medicamentos o procedimientos terapéuticos emplear? Debe hacerse en primer término una descripción clara del problema. 2. Elementos internos o externos que acompañan a la persona o personas involucradas. Conocer las condiciones integrales del paciente: físicas, psicológicas, socioeconómicas, culturales. Esto requiere en ocasiones realizar una historia clínica ampliada, para informarse del estado de salud integral del enfermo, de su entorno, de sus relaciones familiares, de su calidad de vida, de sus expectativas. 3. Establecer las alternativas prácticas para la solución del problema. El conocimiento de la aplicación de cada alternativa debe hacerse excluyendo cualquier prejuicio respecto a la condición social, étnica, religiosa, económica o genérica del enfermo. El personal de salud debe estar actualizado en el campo que le corresponde. Los datos más confiables los encontrará en los libros y las revistas que exponen la "medicina basada en evidencias". Es esta una corriente que tiene firmes bases científicas. Cada procedimiento es analizado a fondo y comparado con otros similares. Solamente se aceptan las investigaciones publicadas si la selección de los pacientes, el proceso de su estudio y los resultados se han realizado con base en métodos científicos y estadísticos que comprueban fehacientemente la superioridad de un método diagnóstico, de un procedimiento terapéutico o de un medicamento en un procedimiento dado. Las investigaciones se han repetido con

resultados similares en diversas circunstancias y lugares, y en muchos casos su evidencia se ha ratificado mediante un “metaanálisis”, que es una técnica estadística que resume los resultados de diversos estudios en un único estimador ponderado, con el cual se da un mayor peso a las conclusiones. 4. La decisión no será correcta si existen vacíos de conocimientos y los responsables ignoran las mejores alternativas para la resolución de un problema. La decisión puede basarse en el beneficio que se obtendrá en cada caso, en su costo, en la facilidad de aplicar una medida, en la posibilidad de acceso de los pacientes a la institución y en la oportunidad y facilidad de la transferencia de los pacientes a otras instituciones de salud. 5. Prever en el enfermo cuáles serían las consecuencias de aplicar cada una de las alternativas. De acuerdo con los factores internos y externos en cada caso, y conociendo a fondo los resultados que se esperan de cada medida, podrán hacerse las previsiones indicadas, incluyendo los posibles daños que cada alternativa puede ocasionar. 6. Conocer los valores y principios de las personas involucradas. Tomar en cuenta los propios valores, los del enfermo, los de los miembros de su familia, los prevalecientes en su comunidad. Quizá sea este el aspecto que requiera la reflexión más cuidadosa que deban hacer los miembros del personal de salud, reflexión que debe ser lo más objetiva, imparcial y desprejuiciada que sea posible, sin intentar imponer los propios valores del médico o de algún otro miembro del personal de salud. Si el médico se enfrenta ante un problema agudo que pone en riesgo la vida del paciente, y este no está en condiciones de manifestar su voluntad, ante la ausencia de familiares o tutores, el médico puede en pleno derecho tomar la decisión que juzgue conveniente en beneficio del enfermo. 7. Tener presentes las normas legales imperantes en el estado, región o país en el que se presenta el problema. En ocasiones una ley o una norma de jurisprudencia puede obstaculizar una toma de decisión, o bien permitirnos realizar un procedimiento que pudiera ser cuestionado por otros. Es interesante observar que en muchos países las leyes manifiestan que si el enfermo es un niño o adolescente razonable, su opinión debe ser tomada en cuenta en las decisiones sobre su tratamiento. 8. Considerando todos los puntos anteriores, el personal de salud procederá a la decisión final y a su puesta en práctica, que en la gran mayoría de los casos será la que más se acerque a lo que es bioéticamente correcto.

Referencias

M. S. Fonseca Villa. “Necesidad de un marco teórico para legislar sobre salud pública y el derecho de la población a ser atendida”, México, Ed. Cámara de Diputados, 1998, pp. 297-302. - A. Martínez-Sánchez, G. Arista-López. “Condiciones necesarias para dar vigencia a la garantía del derecho a la protección de la salud”, México, Ed. Cámara de Diputados, 1998, pp. 303-5. - Centro Cochrane Iberoamericano. *Evidencia clínica,* Bogotá, Ed. British Medical Journal, 2002.

Estado de afección múltiple

Carlos R. Gherardi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Hacia un cambio en la epidemiología de la enfermedad. La existencia muy frecuente de personas en quienes coexiste la presencia simultánea de afecciones que comprometen las funciones de variados órganos y sistemas constituye una realidad cotidiana en la medicina de este tiempo. Entre las razones que explican esta nueva epidemiología se encuentran el aumento en la expectativa de vida, que se incrementó treinta años en el transcurso del siglo XX por parte de quienes tienen asegurado su derecho a la salud, por la prevención de muchas enfermedades por vacunas, por la mejoría en las condiciones de vida de la población, por la resolución de un grupo importante de enfermedades y síndromes agudos antes incurables o no tratables, y finalmente por el adecuado tratamiento de las enfermedades con alta prevalencia que, aunque con una evolución crónica, permiten su adecuado control y seguimiento. Asimismo las medidas de soporte vital que sustituyen la función de diversos órganos han permitido no solo la sobrevida crónica de algunas enfermedades (insuficiencia renal crónica terminal) sino además su aplicación como tratamiento agudo. La denominación de estado de afección múltiple comprende el registro frecuente en la actualidad de la coexistencia en un mismo paciente de insuficiencia en las funciones de varios órganos y sistemas, circunstancia que puede ocurrir casi simultáneamente por la intervención de una noxa común que los afecta agudamente o por la presencia acumulativa y sucesiva de enfermedades de evolución crónica y en tratamiento. En ambas situaciones se genera la producción de una altísima vulnerabilidad que se acentúa por la presencia cada vez más frecuente de ancianos que suman a su fragilidad existencial la mayor probabilidad estadística de posibilidades en la adquisición de nuevas enfermedades. En el paciente con una afección de naturaleza aguda, la presencia de una noxa única que, más allá de la afectación inicial de un parénquima, compromete sucesivamente y en un plazo muy breve la función de varios órganos o sistemas, se ha llamado *disfunción orgánica múltiple*. Se han identificado para su normatización siete órganos o sistemas de afectación que son: sistema respiratorio, sistema cardiovascular, riñón, sangre, tubo

digestivo, sistema nervioso e hígado. Se ha convenido incluso con una puntuación según el grado de afectación que permita el estudio de su evolución y los trabajos comparativos. Este síndrome de disfunción orgánica múltiple puede presentarse en diversas enfermedades, y su aparición depende de la reactividad del huésped, independiente de la noxa productora. Inclusive su causa está vinculada con la activación de intermediarios biológicos habituales en el organismo, muchos de ellos integrantes de los mecanismos de reacción inflamatoria, que aunque primariamente constitutivos de la cadena de defensa inmunológica, pueden transformarse en los agresores del propio organismo. El paciente en estado de vida crítico es el que habitualmente presenta estas fallas orgánicas que al aumentar en número acrecientan la gravedad de su pronóstico. La sobrevida de estos pacientes exige la aplicación de todos los métodos necesarios de soporte vital que se usan habitualmente en las salas de cuidado intensivo.

Comorbilidades, vulnerabilidad y responsabilidad moral. La existencia de un progresivo incremento del número de personas de mayor edad y el progreso médico han aumentado la presencia de lo que se ha denominado en el lenguaje médico coloquial corriente como comorbilidades (cáncer, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, enfermedad coronaria severa, bronquitis crónica, diabetes grave, etc.) en la historia reciente del mismo paciente que consulta por otra afección. También se agrega a esta situación el registro de una mayor prevalencia de enfermedades que perturban los aspectos cognoscitivos, como la demencia. Esta situación del adulto y del anciano conduce, luego de la recuperación de cada evento, a una exacerbada fragilidad existencial, a discapacidades permanentes, a la pérdida progresiva de su condición de autoválido, y hasta la obligatoriedad de vivir en hogares especiales y no en el seno de su familia, circunstancias todas estas que lo exponen a nuevas enfermedades y carencias que debieran ser afrontadas asistencialmente con alguna particularidad y atención especiales. La medicina pone frecuentemente mucho empeño en resolver la enfermedad presente, pero la sociedad y las políticas públicas no se hacen cargo con igual esmero de las condiciones de vida posteriores a estos episodios que generan una nueva categoría de personas vulnerables emergentes del progreso médico. Esta situación se agrava aún más cuando con ocasión de un estado crítico y con riesgo de muerte, la alta complejidad permite el uso de soporte vital (respiradores, marcapasos, diálisis, drogas) que sostiene las funciones de órganos y sistemas por periodos prolongados y genera numerosos conflictos morales cuando se instalan progresivamente cuadros clínicos irreversibles y estados vegetativos que mantienen "los signos vitales" todo el tiempo que persista su atadura tecnológica. Esta frecuente circunstancia, que por sí misma instala un estado de acentuada vulnerabilidad, provoca situaciones de compleja resolución a la hora de tomar decisiones que comprometen el pronóstico de cada paciente en particular, con relación a determinar cuál es la enfermedad fundamental, cuál es el grado de importancia del motivo que provocó la consulta y finalmente a qué médico le corresponde tomar la iniciativa para proponer la decisión. La responsabilidad moral de la comunidad en general y del Estado en particular para diseñar políticas públicas que atiendan estas situaciones debe dar cuenta de los cambios que el progreso de la medicina demanda en el *ethos* social y político frente a estas nuevas circunstancias.

Referencias

ACCP/SCCM. "Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis", *Chest* 101:1644-55, 1992. - Eric B. Larson. "La medicina interna general en la encrucijada entre la prosperidad y la desesperanza: el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas en una sociedad que envejece", American College of Physicians. - American Society of Internal Medicine, 2001. - Carlos Gherardi. "Fin de la vida y responsabilidad pública. Vulnerabilidad, medicina y sociedad", en M. L. Pfeiffer (ed.), *Bioética. ¿Estrategia de dominación para América Latina?,* Buenos Aires, Ediciones Suárez, 2004, pp. 105-113.

Salud integral

Elma Zoboli (Brasil) - *Universidad de São Paulo*

Cómo se comprende la salud en su totalidad. La salud no equivale a la mera ausencia de enfermedades. La presencia o ausencia de enfermedades es solamente un perfil, una expresión resultante de cómo viven las personas y cómo la sociedad se estructura. La salud o la enfermedad provienen del modo de vivir de las personas, incluyendo su inserción en los momentos de producción y reproducción social. Se puede decir que la salud, más que un estado, es un proceso, proceso salud-enfermedad, determinado histórica y socialmente, pues los factores sociales, económicos y históricos no son algo externo o anexo a este proceso; más bien son sus constituyentes y determinantes. Así, la salud es el resultado de un proceso de experiencia vivida por las personas en medio de una compleja tela de relaciones sociales que fluye históricamente según lógicas específicas y distintas en las diferentes sociedades y grupos, aunque con rasgos que son universales, amalgamado por incoherencias, contradicciones, armonía,

desarmonía, equilibrio, desequilibrio, incertidumbre, permanencia, transitoriedad, novedades, encuentros y desencuentros. Esto nos lleva a hablar de salud integral. Pero ¿cómo se comprende el término 'integral' en la salud? Integral se relaciona con *hólos,* adjetivo de la lengua griega cuyo sentido se liga a totalidad, unidad. Así, un entendimiento corriente de la palabra integral es completo, global. Se puede pensar que añadir el adjetivo integral a la expresión salud comprendida en su carácter procesal sea innecesario o redundante. Pero el término integral, con el sentido de global, añadido a la palabra salud, plantea entre otras la cuestión de las relaciones de los seres humanos con la biosfera. Potter, en su obra *Global Bioethics* (1988), defendió la integración de la bioética médica con la bioética ecológica para la "supervivencia aceptable" de la humanidad. En este sentido, el autor destacó la interrelación de los problemas individuales, sociales y de las poblaciones, como la importancia de las visiones de corto y largo plazo para lograr la salud individual, la supervivencia de las especies, un ambiente salubre y un ecosistema saludable. Así, la salud abarca las relaciones interpersonales, la relación de la persona con la sociedad y las relaciones con toda la comunidad biológica. O sea, añadir integral al término salud plantea, de manera positiva, que el ser humano es parte de una biosfera con la cual mantiene una relación de interdependencia y que esta biosfera es afectada, al modo de lo que ocurre con las personas, por el modo de vivir de las sociedades. Plantea también que el aspecto histórico del proceso salud-enfermedad no se reduce al pasado que explica los cuadros de morbimortalidad presentes, sino que también se extiende hacia el futuro y abarca nuestra responsabilidad con las generaciones futuras.

Cómo se comprende la atención integral de la salud. El concepto de salud integral implica una visión más amplia de las necesidades de salud de las personas y de los grupos, que han de ser cubiertas. Si la salud es comprendida como derecho de la ciudadanía, la atención integral de la salud es tratar, respetar, acoger, atender a las personas, a los ciudadanos en su sufrimiento y alegría, que son, en gran medida, fruto de la correlación entre las potencialidades y las fragilidades consecuentes de su inserción histórico-social. Se debe asegurar a las personas atención a su salud, desde los niveles más simples hasta los más complejos, desde la vertiente individual hasta la colectiva, incluyendo las acciones de atención curativa y de promoción de la salud y comprendiendo la totalidad que conforman los hombres, las mujeres y las colectividades que, en sus singularidades marcadas por la compleja tela de relaciones sociales y ecológicas en que viven, buscan asistencia en los servicios sanitarios. Asumir la salud integral como principio orientador y organizador de las prácticas sanitarias plantea un desafío para los profesionales y los servicios, pues estos tienen que dirigir su horizonte no solamente hacia el "éxito técnico", sino también hacia el "suceso práctico", a medida que se incluye en la comprensión de salud el ámbito de las relaciones (Ayres, 2001). Como toda palabra que expresa una calificación, 'integral' y, por consecuencia, salud integral y atención integral a la salud no se presentan solamente como retos a los cuales se llega como punto de culminación de un camino, sino que se presentan como el propio camino que nunca llega a su final puesto que lleva a muchos otros (Xavier y Guimarães, 2004). Esta nueva mirada exige una transformación de la acción hacia el cuidado, o sea que el profesional no actúa más sobre el "otro" como si este fuese un "objeto" de su atención; al revés, interactúa con un "sujeto de relaciones" (Ayres, 2001).

Salud integral, bioética global y el enfoque del cuidado. Potter (1971) propuso la expresión bioética para describir la amalgama de valores éticos y hechos biológicos. Años después de proponer el neologismo, cuando definió la bioética global (1988), el autor reiteró la defensa de la conexión entre todas las formas de vida y llamó la atención sobre nuestra responsabilidad por la supervivencia de la humanidad y la preservación de la biosfera. Rescatando el legado de la ética de la Tierra de Aldo Leopold, Potter afirmó entonces que la ética del cuidado, propuesta en los estudios de psicología moral de Carol Gilligan, en 1982, se presentaba más congruente con su entendimiento de bioética, pues abarca las ideas de interconexión y de responsabilidad mutua. El autor correlacionó la ética del cuidado y la bioética definiendo la bioética global como el resultado lógico del impacto de la visión femenina de la ética sobre la bioética médica y la bioética ecológica. Según Potter, la ética de los individuos o de los principios, dominada por la visión masculina, plantea los problemas morales como conflictos de derechos individuales y, para ser congruente con las ideas de conexión entre todas las formas de vida heredada del legado de Leopold, hace falta la comprensión del problema moral como una ruptura en la red de responsabilidades mutuas, que es más propia de la visión femenina de la ética del cuidado. La ética del cuidado es capaz de comprender mejor el sentido de la vida y de la Tierra, del legado de Leopold, al extender la visión femenina del cuidado, de la responsabilidad mutua y de la interconexión hacia todos los seres vivos, los ecosistemas y la humanidad, especialmente las generaciones futuras. La base de la bioética global radica en la responsabilidad mutua, y no en los derechos individuales. Potter comprendía que la propuesta de la

bioética global basada en la ética del cuidado haría posible no solo modificar el énfasis puesto por la bioética médica en el sobrevivir individual, sino también haría posible fomentar la paz y la preservación de la biosfera. Hace falta a la bioética ampliar sus comprensiones de los valores humanos para incluir el tercer estadio de la ética, en el cual la supervivencia de las especies, de los ecosistemas y de la humanidad es contrabalanceada con los derechos de los individuos. La responsabilidad mutua y la ética del cuidado son las marcas necesarias para la promoción del bienestar y la supervivencia de las especies. En la bioética global, la bioética permanece como lo que fue desde su proposición primera: un sistema moral basado en el conocimiento de los hechos biológicos y de los valores humanos, con la especie humana aceptando su responsabilidad por su propia supervivencia, por los seres vivos, por la Tierra y por la preservación de la biosfera. El reto para la bioética global es la salud integral en todos sus sentidos: de cada hombre, mujer, niño o niña individualmente y también de todas las personas y no solamente para unos pocos privilegiados. Todo esto se halla comprendido en el tercer momento de la ética: la ética de la Tierra. Para la bioética global la salud integral es la "*salud personal*" (Potter, 1988), o sea la propiedad de una persona responsable, consciente y sensible que es activa en la manutención y en la mejoría de su propia salud mental y condición física, y a la vez se involucra para que esto sea posible para todas las personas, para todos los seres vivos y para la Tierra, con la promoción de una sociedad inclusiva, una biosfera saludable y ambientes salubres.

Referencias

José Ricardo Ayres. "Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde", *Ciência & Saúde Coletiva,* Vol. 6, Nº 1, 2001, pp. 63-72. - Carol Gillighan. *In a different voice: psychological theory and women's development,* 31ª reimpr., Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1998. - Van Rensselaer Potter. *Bioethics: Bridge to the future*, New Jersey, Prentice-Hall, 1971. - Van Rensselaer Potter. *Global Bioethics: building on the Leopold legacy*, Michigan, Michigan State University Press, 1988. - Caco Xavier, Cátia Guimarães. "Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação", en Roseni Pinheiro, Ruben Araújo Mattos (orgs), *Cuidado: as fronteiras da integralidade,* São Paulo, Hucitec, IMS, UERJ, Abrasco, 2004, pp. 133-155.

Modos de enfermar y conceptos de enfermedad

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

Salud. La cercanía etimológica entre lo santo y lo saludable –insinuada en español pero más conservada en la dupla *heil/heilig* del alemán y *holy/healthy* en inglés– insinúa la fuerte carga valórica y la imprecisión semántica del término salud. En la práctica, el bienestar corporal podría indicar la condición de salud, aunque la correspondencia es muy laxa, pudiendo darse bienestar aunque exista una enfermedad oculta –lantánica–, o una sensación de malestar sin que se detecte una patología determinante (Feinstein, 1963). Mientras más acucioso el examen, más probable es encontrar alguna anomalía, y la incorporación del diagnóstico genético hará muy improbable la asignación objetiva de salud como ausencia de alteraciones biológicas. Leriche indicaba que salud es el silencio de los órganos, en tanto Canguilhem (1966) apuntaba que la salud significa que el sujeto no toma conciencia de su cuerpo. Curada una enfermedad, el organismo no retorna al estado de salud prístina, no existe la *restitutio ad integrum* (Goldstein, 1995), ni recupera la normativa –la regulación de su existencia– premórbida, sino que se sitúa en una nueva normativa vital. Ni se está en la salud, ni se vuelve a ella. El concepto de salud es más apto para el lenguaje político, donde se habla con propiedad de salud pública, de ministerio de salud, de políticas de salud, y que se refleja ejemplarmente en la definición de salud promulgada por la OMS, según la cual salud es, amén de ausencia de enfermedad, un estado de bienestar físico, psíquico y social. Con esta definición, la salud escapa del ámbito de la medicina, pero tampoco logra comprometer otros programas de acción pública destinados a cumplir lo proclamado. El estado de salud no puede seguir siendo materia opinable, pues la medicina que se anuncia a futuro, la predictiva como la desiderativa, enfila un nuevo camino donde recibe encargos de modificar biológicamente organismos –genes, embriones o seres humanos maduros– sin que medie una enfermedad a tratar, una disfunción a regular o una malformación a reparar. Ya existen procedimientos quirúrgicos, y a poco andar genéticos, donde la medicina actúa sobre cuerpos que no están enfermos a objeto de producir modificaciones sobre estados de salud, requiriendo la redefinición de los límites entre salud y enfermedad. Estos procesos se están desarrollando al mismo tiempo que las garantías de atención médica estatal se reducen y florece el mercado sanitario. La medicina se vuelve un servicio de alto costo que, además de obedecer a requerimientos terapéuticos, se ofrece para satisfacer deseos idiosincrásicos, anunciando que las desigualdades económicas redundarán en diferencias biológicas favorables y ventajosas para los pudientes. Se profundiza aún más la brecha entre medicina compleja para pudientes y la más elemental a que pueden aspirar los desposeídos.

Enfermedad. El concepto de enfermedad tiene dependencias culturales muy acentuadas, que han

decantado en una visión ontológica y otra fisiológica (Caplan et ál., 1981). La primera ve el proceso mórbido como una entidad real, al modo de las ideas platónicas, que invade el organismo humano, debiendo ser extirpada terapéuticamente. Es el lenguaje de la medicina cientificista que reconoce casos de cuerpos afectados según una nosología clasificatoria y no se ocupa de las vivencias que el paciente experimenta. El concepto fisiológico de enfermedad, por su parte, evalúa normalidad-alteración en relación con los parámetros típicos para el grupo –etario, genérico, racial– a que el afectado pertenece. Aquí convergen ideas nosológicas muy variadas, desde el equilibrio humoral de Hipócrates, la armonía microcósmica de Paracelso y la homeostasis de Bernard, donde parecería fácil trazar la línea divisoria entre norma y desviación para distinguir enfermedad de salud. Sin embargo, el criterio médico exige conocer la sensibilidad y la especificidad de los exámenes de laboratorio antes de confiarles la capacidad de distinguir entre patología y variante normal. En este terreno proliferan asimismo las medicinas alternativas que entienden enfermedad en términos de desarmonía, de descompensaciones energéticas, de excitación o inhibición. La medicina científica contemporánea se inclina más bien por el modelo fisiológico, pero la práctica médica opta por la perspectiva ontológica y su lenguaje bélico, erradicando enfermedades, combatiendo infecciones, extirpando tumores, mutilando el cuerpo, bombardeando células. La bioética no logra asimilar su discurso a las visiones médicas concentradas en el cuerpo vivo para las cuales son externos y secundarios los valores éticos subjetivos que provienen de relaciones sociales y convenciones (Evans, 2001) y que constituyen el cuerpo vivido. La narrativa anamnésica, que tiende un puente entre la subjetividad del paciente y la objetividad médica, es también reducida en su diversidad a un lenguaje más dúctil a las acciones del terapeuta (Puustinen, 1999). La brecha entre cuerpo enfermo vivido y cuerpo enfermo vivo no logra cerrarse en tanto el concepto de enfermedad no incorpore la dimensión subjetiva del paciente. El estado de enfermedad no corresponde únicamente a un padrón clínico-científico; en buena medida se constituye como la relación del enfermo consigo mismo. Solo hay enfermedad en tanto el afectado reconoce estar en un estado de desmedro organísmico que no le permite solventar su existencia y requiere ayuda externa para su remoción. La autonomía del afectado se ancla en la vivencia de enfermedad y en la decisión de volverse paciente a través del ingreso en un encuentro clínico con el terapeuta. La relación médico-paciente es voluntariamente asumida por el sujeto enfermo, y fundamenta la extensa doctrina de la autonomía del paciente, que incluye la decisión informada, la relación fiduciaria, el derecho de negarse a tratamientos o de suspenderlos. Se cautela de este modo la convivencia del cuerpo vivido en cuanto forjador del proyecto existencial, con el cuerpo vivo que determina las posibilidades y limitaciones de realizarlo, y las modificaciones que la enfermedad y sus consecuencias puedan significar para el modo y la calidad de vida del afectado. Todos estos momentos de autonomía quedan cuestionados por una medicina cientificista que trata con el cuerpo vivo en desatención de la subjetividad vivida por ese cuerpo. En busca de eficiencia económica, la medicina administrada, de la cual la medicina basada en evidencia es una variante, elabora esquemas y catálogos que transforman las enfermedades en episodios-tipo con respuestas terapéuticas normadas. De este modo, el concepto de enfermedad se vuelve subalterno a consideraciones económicas, las indicaciones quirúrgicas subsidiadas pasan por una rasante que cercena coberturas, las hospitalizaciones se norman por categorías nosológicas y no por las necesidades individuales del paciente. Las enfermedades son clasificadas como catastróficas menos por su gravedad que por la carestía de los tratamientos, y los protocolos de investigación se comprometen a tratar solo aquellas enfermedades que ocurran por causa de la investigación, dejando sin resguardo a las intercurrencias casuales. El golpe de gracia al paciente como sujeto de enfermedad se da en estudios clínicos con placebos o terapias subdosificadas, negando a los pacientes los tratamientos vigentes, dando preferencia a padrones científicos por sobre los terapéuticos.

Visiones de la enfermedad. En la actualidad se dan dos visiones de enfermedad: una desde la antropología médica que la describe como un accidente existencial, otra desde la medicina de mercado que entiende enfermedad como una demanda de servicios. Como la mercantilización de bienes y servicios va a costa de los más desposeídos, es de temer que la atención médica en países menos desarrollados se polarice en favor de los pudientes y en desmedro de las poblaciones insolventes. La comprensión patogénica de las enfermedades se inclina hacia la genética y hacia el medio ambiente, la primera incubando una medicina sofisticada de alto costo, la segunda criticando estilos de vida para así abrir paso a la autorresponsabilidad sanitaria que sirve de excusa para liberar de coberturas médicas a las instituciones aseguradoras y cargarlas a los afectados. Se produce una tijera donde enfermedad es un estado insuficientemente protegido y costoso de solventar, confirmando que pobreza y enfermedad se condicionan recíprocamente en un círculo vicioso que no podrá ser fragmentado sino por la intervención sanitaria protectora del Estado. El concepto de enfermedad se triangula entre

el afectado, la medicina y la sociedad. El individuo padece un malestar que el médico explora y cataloga como enfermedad, pero es necesaria la concurrencia de la sociedad para llevar a cabo las medidas terapéuticas y restitutivas necesarias. La medicina es una práctica social que administra los estados de enfermedad –hospitalización, licencia laboral, discapacitación, rehabilitación– en concordancia con otros valores societales y culturales. La sociología sistémico-funcional entendió el enfermar como la asunción de un rol, y mientras Susan Sontag detectó su enorme carga metafórica, la bioética anglosajona describió la enfermedad como una pérdida de oportunidades sociales (Daniela, 1996). En todas estas concepciones el individuo enfermo queda entregado a las fuerzas sociales que definen y enfrentan la enfermedad desde perspectivas impersonales. Entre los desposeídos, la enfermedad es un hundimiento existencial tanto más definitivo mientras más desprotegidos los enfermos.

Referencias

G. Canguilhem. *Le normal et le pathologique*, París, PUF, 1966. - A. L. Caplan, H. T. Engelhardt Jr. & J. J. McCartney. *Concepts of health and disease*, Reading, Addison-Wesley Publ. Co., 1981. - N. Daniels. *Justice and justification*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996. - M. Evans. "The 'medical body' as philosophy´s arena", *Theoretical Medicine and Bioethics,* 22: 17-32, 2001. - K. Goldstein. *The organism*. New York, Zone Books, 1995. - A. Feinstein. "Boolean algebra and clinical taxonomy", *The New England Journal of Medicine*, 269: 929-938, 1963. - R. Puustinen. "Bakhtin´s philosophy and medical practice - Towards a semiotic theory of doctor-patient interaction", *Medicine, Health Care and Philosophy,* 2:275-281, 1999.

Experiencia de enfermedad y narración

Isabel del Valle (Argentina) - *Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática*

La enfermedad como ruptura del mundo y el rescate de la subjetividad. La enfermedad es una problemática vital densa que trasciende los límites materiales del cuerpo para impactar en el núcleo íntimo de la vida del hombre. Perturbaciones en la imagen corporal, discapacidad, deterioro de la función social, declinación en la autoestima, rechazo, vergüenza, estigma... son algunos de sus motivos vivenciales. Es un proceso de alteración subjetiva que cuestiona la unidad imaginaria e integrada que el sujeto tenía de sí y lo deja expuesto a la estrechez de la condición humana, con sus componentes irracionales de angustia, esperanza y fantasmas de finitud. A su vez, trastoca las certezas y supuestos de la cotidianidad por sensaciones de fragmentación e incertidumbre. A partir de la enfermedad, el mundo se experimenta distinto. La enfermedad compromete no solo un cuerpo sino una historia de vida. Byron Good, desde las categorías de análisis fenomenológico, demuestra el cambio del sentido de realidad que la enfermedad produce en el sufriente. Elaine Scarry llama "desestructuración del mundo" a ese trastoque de la experiencia encarnada. Sin embargo, el paradigma biomédico –representación dominante de la enfermedad en la sociedad occidental– es un discurso objetivo del espacio corporal, sobre el cuerpo o sobre una parte del mismo en tanto objeto físico. La dominancia del biologicismo excluye la consideración de la subjetividad y de lo sociocultural como otros niveles explicativos del proceso y posiciona la enfermedad en un estatuto de extraterritorialidad respecto del sujeto, la sociedad y la historia. Integrar la categoría de la subjetividad como factor inseparable de la enfermedad es cuestionar el paradigma objetivista de la biomedicina. Los límites del discurso biologicista dejan insatisfecha la aprehensión de otros niveles de sentido. En esta competencia de saberes y discursos –enfermedad experienciada subjetivamente y enfermedad objetivada científicamente–, la subjetividad particular queda postergada. La aprehensión experiencial de la enfermedad supone contactarse la porción más íntima y primaria de lo humano (dolor, placer, erotismo, misterio, trascendencia) donde el sufrimiento se erige como arquetipo de subjetividad. Las voces anglosajonas refieren claramente a esa concepción dual de enfermedad (*disease*: enfermedad científicamente observada, cuantificada y objetivada, con exclusión de lo subjetivo y sociocultural; *illness*: experiencia subjetiva de la enfermedad). Las corrientes antropológicas interpretativas privilegiaron la categoría de la subjetividad para optimizar la comprensión de la enfermedad desde el lugar de quien sufre: Fábrega (1977) atendía a los comportamientos socioculturales conectados con la enfermedad sin inclusión del sujeto; para Eisenberg (1977) *illness* designa esa vivencia subjetiva singular e intransferible; según Conrad (1987), la experiencia de enfermedad implica la convivencia con la misma en términos de cotidianidad; Arthur Kleinman (1998) y Byron Good (1994) señalan la importancia de comprender la enfermedad desde el lugar del doliente y, mediante las "narrativas de padecimiento", integrar esa subjetividad postergada.

El sufrimiento humano. El sufrimiento es una experiencia fundante, una huella emocional que cambia la textura interna del sujeto y desgarra la íntima coherencia de la propia existencia. Nadie es igual después de haber sufrido. En el sufrimiento se despliega toda la dimensión humana. Todo sufrimiento es portador de sentido y abre a la necesidad de comprensión. Según Víctor Frankl, si se bloquea esa búsqueda de significado, se

aniquila la voluntad de vivir. El padecer forma parte de una realidad a ser expresada e interpretada. Desde la Antigüedad se vio en el sufrimiento un incentivo para la creación. La enfermedad fue, para muchos, la directriz inspiradora de la producción artística. Mucho le debe la obra de Edgard Munch a la tuberculosis que devastó a su familia. Y la de Frida Kahlo, que trasmutó en forma y color su realidad de dolor y sangre. Si la enfermedad promueve la creación artística, la enfermedad en sí misma es creación, personal e intransferible. El sufrimiento hace de la enfermedad una obra singular. La personaliza otorgándole nombre propio. El sujeto la subjetiviza según biografía, valores, creencias y significados sociales, y a través de esa otorgación de sentido personal es que se apropia de la enfermedad. La interpretación que atribuya a lo que le está pasando, con su propia carga simbólica, es ajena al cauce interpretativo de la razón científica. La violencia simbólica de la enfermedad impone al sujeto la necesidad de reorganizarse internamente y resignificar aquello que acontece desde la perspectiva del propio padecer.

La narratividad como inherente a la condición humana. Todo relato de una acción conforma una narrativa. Está en el hombre la necesidad de contar historias como modo primario de organizar, interpretar y atribuir sentido a su experiencia en el mundo. Concebir la vida como biografía es pensarla como relato, como espacio textual donde el sujeto, en tanto escritor de sí, conforma su propia identidad. La narrativa es una mediación simbólica en la otorgación de sentido y conformación de una subjetividad particular. Es el recurso para convertir un caso particular en historia narrada. Como ser hermenéutico, portador de historias en busca de sentido, el relato es esencial en ese proceso de conformación de la persona y su subjetividad, un recurso para la comprensión del mundo y de sí; de ahí la existencia de narrativas explicativas del origen del mundo, del hombre, mitos de origen y fin, desde donde se conforman identidades personales y colectivas. Así como configura narrativamente el relato del cuerpo o del amor, narrativamente también configura el de la enfermedad. Inicialmente el sujeto se vincula a la enfermedad mediante su propia narrativa, a través de la elaboración de un modelo explicativo autorreferencial, un relato oral o escrito, con ordenamiento lógico-temporal de eventos en búsqueda de sentido. La relación médico-paciente descansa en un encuentro narrativo entre ambas partes, en el que el enfermo se hace relator y oyente de su propia historia. De tal manera, las categorías de narratividad-trama, argumento, temporalidad y sentido –propias del ámbito de la teoría narrativa– contribuyen a la comprensión de la problemática de la enfermedad, diferente de la racionalidad técnica y el objetivismo científico.

El caso como recurso narrativo. Las narrativas del padecimiento (patografías) son modelos explicativo-narrativos, enunciados por el mismo sufriente en secuencia narrativa lógica con intencionalidad de otorgar sentido a ese mundo propio deconstruido por la enfermedad. Inserta la experiencia del propio padecer más allá del cuerpo, en un lugar y tiempo vital concretos, en relación con otros sucesos particulares y sociales, y desde la perspectiva del doliente. De tal manera, el caso, como procedimiento narrativo de autoatribución de sentido, tiene un alcance restitutivo y catártico pues, en el intento imaginario de ceñir y resignificar el sufrimiento, permite la expresión de significados personales del padecer y favorece la reintegración del sujeto consigo en una unidad imaginaria. En la versión de Gide, Filoctetes afirma "[...] *me he dedicado a narrar la historia de mis sufrimientos, y cuando mis frases son hermosas siento un gran consuelo; a veces hasta me olvido de mi tristeza al darle expresión*".

El acceso a la enfermedad mediante el texto literario. El caso es el germen para el desarrollo de una narrativa ficcional. Hay tantas representaciones internas de enfermedad como sujetos enfermos. La literatura refleja la enfermedad interiormente fantaseada, vitalmente experimentada; y, a través de las narrativas de la enfermedad, hace su contribución a la comprensión del sufrimiento en una existencia y un contexto particulares. La actitud narrativa-explicativa del mundo y la vida encuentra su modelo más acabado en el paradigma literario: "[...] *la verdadera vida, la vida al fin descubierta y dilucidada, por lo tanto, realmente vivida, es la literatura*" (Marcel Proust). Del relato imaginario emerge la voz del enfermo, postergada o ensordecida por el discurso médico. Esa subjetividad reivindicada aflora desde los aspectos fenoménicos del estar enfermo: cómo sigue la vida y qué queda de lo vivido a partir de la enfermedad, qué significa estar enfermo para cada uno, cuáles son las preocupaciones dominantes, qué sentido le otorga el afectado, qué espera de la ayuda médica, cómo lo mira la sociedad, son algunos de los interrogantes de quien está enfermo. A su vez, el texto narrativo muestra las representaciones y significados sociales de la enfermedad y salud en las distintas culturas, que posicionan al sujeto en el lugar de desviado y moldean su vivencia. La enfermedad está presente en el cuerpo y es experimentada como cambio en el mundo de la vida. Para John Updike, "*la enfermedad y el dolor son preocupaciones agotadoras para la persona que los padece*".

Texto, drama y conciencia moral. La novelística bucea ese mundo privado de incertidumbres, plurales significaciones, ambivalencias y situaciones dilemáticas donde la pérdida es el motivo vivencial. La voz sufriente deja al descubierto la soledad emocional en la que lo sumergen la falta de información y la mentira, la portación de diagnósticos estigmatizantes que amenazan la identidad, los trastornos en la imagen corporal, la red de vínculos familiares y sociales tensionados desde relaciones desiguales de poder. La subjetividad como emergente del texto literario optimiza la comprensión del proceso salud-enfermedad al advertir la condición de sujeto sufriente que habita en cada enfermo. En los miedos, pérdidas, incertidumbres, cuestionamientos y conflictos de los personajes ficcionales, el médico reconocerá las vivencias encarnadas de sus pacientes y, desde esa comprensión, podrá acompañarlos tanto en el proceso de elaboración del propio morir como en la toma de decisiones morales ante situaciones dilemáticas dentro de su contexto de vida. Al contactar con el conflicto, la tragicidad y la ambigüedad humanas, el encuentro interpretativo-narrativo médico-paciente se verá enriquecido en la posibilidad de ofrecer alivio al sufrimiento y en el reconocimiento, respuesta e integración de los aspectos de la vida moral en el quehacer profesional. La enfermedad novelada promueve en el médico la conciencia moral y la introspección crítica de su gestión. Tal objetivación facilita el conocimiento de sí, del enfermo y la optimización de la práctica. En su aproximación al interior del proceso salud-enfermedad, la alianza literatura-medicina promueve un intercambio simétrico entre los actores, desde donde la perspectiva de cada uno, su sistema de valores, espiritualidad y creencias sean respetados. La vida está atravesada por la ética y la narrativa pone la ética en un contexto. No hay relato moralmente neutro. Los modelos narrativos de enfermedad y muerte –“casos” o “narrativas literarias de ficción”– ponen en evidencia la vulnerabilidad humana y promueven interrogantes fundacionales –quién soy, qué es la muerte, qué sentido tiene la vida–. Tales respuestas, a la vez que otorgan sentido a la experiencia de la enfermedad y promueven un pensamiento reflexivo sobre la propia existencia, implican un posicionamiento ético al ensayar valoraciones, juicios de aprobación o condena desde tramas testimoniales o de ficción. Desde la subjetividad particular, la elaboración de historias particulares responde a la necesidad de internalizar, semantizar y resignificar la experiencia con simbolismo y sentido personal. El hombre es más dueño de sí cuando alcanza la comprensión de su padecimiento. La narrativa de vidas imaginarias es una herramienta de la bioética para advertir la dimensión ética de la vida y la muerte en el marco de una biografía y cultura, contribuyendo al ejercicio humanizado de la práctica médica. La narrativa, como una mediación simbólica entre la experiencia vital y la significación, es una aproximación a la comprensión de la enfermedad por un camino diferente al abordaje parcial del paradigma biomédico.

Ética y narrativa. La producción narrativa es un intento de reintegración imaginaria ante el efecto desintegrador de la enfermedad. La experiencia de estar enfermo es un tránsito hacia una síntesis más sensible de lo humano. “*La experiencia crea arte por diversos procesos*”, sostiene el romano Manilio. La narrativa literaria es la transmutación estética del sufrimiento. “*Es en caliente que hay que hablar del sufrimiento físico. Es sobre el propio campo de acción, en su mismo momento que conviene captarlo* [...]. *Por lo violento e imperioso que sea el sufrimiento físico. Cuando cesa se convierte pronto para la memoria en un mal recuerdo. Por lo tanto no deberían describirse ni analizarse sus efectos después de su finalización. Es en el mismo momento en que taladra, cuando roe, cuando destruye que resulta necesario aprehenderlo. Se debe hablar de enfermedad durante el momento en que uno está enfermo*” (Raymond Guerin). La narrativa recobra la dimensión sufriente de la persona enferma, relegada por la medicina, y respecto de la cual la ética médica es un reflejo del cambio en el abordaje de la enfermedad y del sujeto en crisis. Particularmente, la novelística de la enfermedad construye un paradigma de un estilo de razonamiento ético. Así se observa en las siguientes obras narrativas: *Una muerte muy dulce, La ceremonia del adiós*, de Simone de Beauvoir; *La muerte de Iván Ilich*, de Tolstoi; *Pabellón de cáncer*, de Alexander Solzhenitsyn; *La montaña mágica,* de Thomas Mann; *Pabellón de reposo,* de Camilo José Cela; *Marianela,* de Benito Pérez Galdós; *La sombra del ciprés es alargada,* de Miguel Delibes; *La perorata del apestado*, de Gesualdo Bufalino; *Memorias de Adriano*, de Marguerite Yourcenar; *El amor en los tiempos del cólera* y *El coronel no tiene quien le escriba*, de Gabriel García Márquez; *Paula*, de Isabel Allende; *La brasa en la mano* y *La otra mejilla,* de Hermes Villordo; *Antes que anochezca,* de Reynaldo Arenas; *Sin rumbo, El mal metafísico* y *En la sangre*, de Eugenio Cambaceres; así como en los cuentos de Eduardo Wilde, Horacio Quiroga (*La meningitis y su sombra*, *La gallina degollada, Una estación de amor*) o Julio Cortázar (*La salud de los enfermos, La señorita Cora, Reunión)*.

Referencias

Jean Clavreul. *El orden médico,* Barcelona, Argot, 1983. - Eric Cassell. *The nature of suffering*, New York, Oxford University Press, 1991. - Byron Good. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective,*

Cambridge, Cambridge University Press, 1994. - Arthur Kleinman. *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, 1988. - François Laplantine. *Antropología de la enfermedad*, Ediciones del Sol, 1999. - Rita Charon, Joanne Trautmnan Banks. "Literature and Medicine: contributions to clinic practice", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 122, Nº 8, 1995, pp. 599-606.

Espacios arquitectónicos para la salud

Carlos Quaglia (Argentina) - *Espacios en Salud*

Introducción. Los países en desarrollo y/o de economías dependientes están atravesando por una época de transformaciones, con cambios sociales, en la que la población se está haciendo consciente de sus derechos, entre los cuales no escapa el de gozar de un alto grado de salud. Esto, unido a los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos, la presencia de iniquidad en las condiciones y acceso a los servicios, la ineficiencia en la asignación de recursos y en la gestión, la deficiencia en la calidad y las dificultades de sostener algunos servicios, ha creado, frente a una demanda consciente de la población, la necesidad de responder con propuestas efectivas, razonables y sustentables en el campo del diseño de servicios de salud que respondan a una concepción acorde con los Derechos Humanos de los ciudadanos. No hay espacio ni tiempo para las propuestas retóricas –que abundan, por otra parte–. A mediados de la década de los noventa muchos de los países de América Latina habían iniciado o se encontraban considerando iniciar reformas del sector salud. En una reunión internacional convocada al efecto se definieron las reformas en salud como "*un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión, y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de Salud realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan*" (OPS, 1997). Entendemos como reforma aquella que considera cambios substanciales en el sistema de salud imperante, y no las ya conocidas acciones "reformistas" que solo son intentos vacíos de cambios estructurales.

Toda obra arquitectónica es fundadora de futuro. La reforma enunciada tiene en la remodelación, ampliación y/o construcción de edificios hospitalarios consecuencias sociales tanto en forma inmediata como a largo plazo –el edificio supera en tiempo al programa que lo genera–. Las respuestas arquitectónicas en los espacios para la atención de la salud se presentan –en la generalidad de los casos– como "soluciones únicas": se construyen proyectos personalizados sin tener en cuenta su interrelación con los demás efectores tanto a nivel del espacio geográfico urbano o rural o en su participación dentro de los distintos subsectores (público, obras sociales y privado), sin observar que los hechos ocurren al mismo tiempo en un mismo espacio. Dice Umberto Eco: "*El arquitecto está condenado, por la propia naturaleza de su trabajo, a ser quizás la última y única figura humanista de la sociedad contemporánea, está obligado a pensar la totalidad, justamente en la medida en que se convierte en técnico sectorial, especializado, pero en operaciones específicas y no en declaraciones metafísicas*" (Eco, 1967). El futuro es incierto: "*Sin incertidumbre no hay progreso*". Los gobiernos, como autoridades responsables de los programas de desarrollo en gran escala y a largo plazo, son los indicados para desarrollar las guías y normas para la programación funcional, diseño y construcción de las instalaciones sobre una base racional y amplia de manera de dar los lineamientos sobre los cuales montar las propuestas arquitectónicas. El futuro está en gran parte en sus decisiones. Esto requiere construir conjeturas fundamentales sobre él. Planteamos, como señala Clement Bezold, dos conjeturas fundamentales sobre el futuro que coinciden con el hecho arquitectónico: Primera. "*El futuro es incierto. No existe una proyección única y segura del futuro de la salud y de la atención de la salud* [...] *La comprensión de las tendencias claves y de los futuros alternativos para las condiciones de salud, la atención de la salud, nuestras organizaciones y nuestras comunidades pueden enriquecer nuestra eficacia y creatividad* [...]". Segunda. "*Elegimos y creamos los aspectos fundamentales del futuro con lo que hacemos o dejamos de hacer* [...] *Las visiones y estrategias vinculadas a una noción clara de las tendencias y escenarios nos vuelven más hábiles en la configuración del futuro que preferimos*" (Bezold, 1998). Todo proyecto en salud implica la integración de cuatro elementos: tendencias, escenarios, visiones, estrategias. Los escenarios son compilaciones de tendencias en diversas imágenes del futuro. Visión es una expresión inspiradora del futuro preferido de quien proyecta y se adhiera a ella y se compromete en el acto creativo. Las estrategias son un conjunto de acciones integradas y que emprendemos para lograr nuestra visión. Los programas médicos y arquitectónicos son la representación posible de escenarios con una visión "inspiradora de futuro". La propuesta de un "diseño sistémico" en el campo de la arquitectura hospitalaria es una estrategia que propone ordenar los espacios arquitectónicos en una estructura espacial orgánica, de manera de configurar el programa médico y arquitectónico dentro de ella y responder a la vez a una planificación

arquitectónica que contemple los cambios y/o transformaciones en el tiempo y en el espacio. Una de las principales herramientas que nos permiten acercarnos a trabajar en el campo de la arquitectura hospitalaria sobre un panorama de transformaciones que la hagan permanecer viva en el tiempo es el diseño sistémico, que considera un edificio para la salud como parte de una malla espacial –independiente de su nivel de resolución–, dentro de un contexto regional y/o local, constituida por los servicios destinados a la atención de la salud (red de atención); de manera que cuando se produce en un nudo de la malla un proceso de cambio, la mayor parte de toda la trama espacial puede acompañarlo adaptándose a las nuevas condicionantes. La respuesta arquitectónica en salud a estos conceptos es lo que denominamos espacios modulares sistémicos. Nuestra visión se basa en que frente a un panorama de transformaciones imprescindibles en el sector, producidas por condicionantes exógenas (factores políticos, ideológicos, históricos, culturales, económicos...) y las que tienen que ver con los existentes en el propio sector (científicos, tecnológicos...), requieren modelos arquitectónicos que respondan a un panorama inmerso en el concepto de incertidumbre programática. Incorporamos como elementos concurrentes los términos "salud-arquitectura" y "salud-enfermedad" en el decir de Barrenechea, Trujillo y Chorni (1990): "*El abordaje estratégico que se elabora en estas notas se centra en procesos de la naturaleza del fenómeno salud-enfermedad y el de definir y administrar estrategias para su control, que se inscriben plenamente en el devenir social, y pretenden enfrentar el conflicto, la complejidad, la incertidumbre y la historicidad que son inherentes a esos procesos. Reconoce, además, que las variables que determinan y condicionan esos procesos no son todas identificables y que en su gran mayoría no son controlables por los actores interesados en el cambio. En el límite se trata de dirigir lo no dirigible*".

La historicidad. La mayoría de los países de América Latina ha desarrollado casi la totalidad de su capacidad instalada a fines del siglo XIX y durante el transcurso del siglo pasado. El hospital ha sido la referencia principal de la comunidad para atender el cuidado de su salud. Los esfuerzos realizados en la idea de que la hospitalización y los altos y medios niveles de resolución de la atención solo deben tenerse en cuenta cuando no exista otra alternativa apropiada como: la ambulatoria descentralizada, la domiciliaria, el hospital de día, la atención de cuidados paliativos, etc.; lo han ido llevando –tenuemente en muchos casos– a modificar los principios que han regido la atención hospitalaria desde el comienzo de su aparición: 1. *La caridad.* A fines del siglo XIX y principio del XX el hospital se convierte en el lugar donde el desamparado acude en busca de ayuda a sus males; "el hospital de la caridad" aparece entonces como el referente de la demanda en salud. La medicina, con los progresos que comenzaron a registrarse en el siglo XIX en el campo de la ciencia y de la tecnología, irá transformándolo en el tiempo en un centro de asistencia médica de referencia. En este periodo las propuestas hospitalarias europeas son las que se trasladan a nuestros países; el hospital horizontal y pabellonal llamado de "planta francesa" se instala preferentemente. Los signos que lo identifican son: la caridad; el pabellón y la separación (el hospital separado del centro urbano, los pabellones separados entre sí, los hombres separados de las mujeres, el servicio separado de otro servicio); esto determinará en el futuro –en la gran mayoría de los casos– una organización hospitalaria fragmentada por servicios, por especialidades, por pisos, por áreas de uso. 2. *La enfermedad.* El progreso de los adelantos médicos sigue un ritmo acelerado y ya en los inicios de la mitad del siglo XX la visión se acerca hacia EE. UU. El hospital vertical hace su entrada en la trama urbana de las ciudades. El rascacielos del norte se traslada a nuestro medio y surgirá el hospital en altura, "el hospital de la enfermedad", cuyos signos serán la enfermedad, el piso y la concentración edilicia. 3. *La excelencia médica.* El hospital sigue en un constante proceso de transformación y en las últimas décadas del siglo XX las nuevas tecnologías y los adelantos en el campo de las ciencias médicas lo transformarán, con una sofisticación y complejidad médica de envergadura que irá incorporando cambios sucesivos en su operatividad, en "el hospital de la excelencia médica" donde los servicios de diagnóstico y tratamiento y las "especialidades médicas" crecerán sustancialmente. La aceleración de los cambios hace su aparición incorporando el sentido de la indeterminación operativa y de la flexibilidad física y funcional. Los signos que califican a este hospital serán entonces la excelencia médica, la especialización operativa y la indeterminación física-funcional. Estas tres tipologías hospitalarias, adoptadas más que adaptadas –en la mayoría de los casos–, siguen funcionando en el presente integradas o no, según sean las posibilidades socioeconómicas de la población. La caridad, la enfermedad y la excelencia médica están presentes en distinta medida en cada hospital, según sean las posibilidades de desarrollo del mismo en su medio socioeconómico. Dentro de un panorama en donde la complejidad, la fragmentación, la incertidumbre y el conflicto están presentes, el hospital de la caridad, el de la enfermedad y el de la excelencia médica enfrentan una nueva propuesta.

Producto, 'gerenciación' e inequidad. Asistimos al nacimiento de una nueva tendencia en la concepción del hospital que no responde a la imagen de la caridad, de la enfermedad, de la excelencia médica,

sino a una reorientación del pensamiento político de mercado, y su signo –nos atrevemos a afirmar– es "el hospital gerenciador del producto", convirtiendo a la mayoría de las propuestas arquitectónicas en salud en "nuevas y atractivas imágenes" donde la idea de la búsqueda de la estética del prestigio se convierte en el signo que lo identifica. En estos casos la forma arquitectónica prevalece por encima del objetivo principal que es la atención de la salud. El riesgo que enfrentamos es que las imágenes del hospital del producto se conviertan en una expresión de la modernidad donde la caricatura suplante al objeto mismo. Estamos en un proceso donde parece que es más importante cambiar imágenes en forma mediática antes que penetrar en las dudas que genera el presente; dentro del conflicto que significa el imperativo moral de mantener a una población con accesibilidad a los servicios de salud y el imperativo de buscar controlar los costes. Cabe aclarar en este punto que para el autor, en términos de inversión en obras arquitectónicas hospitalarias, austeridad es equivalente a equidad y esta a su vez lo es a los Derechos Humanos.

La inequidad. En el presente nos encontramos frente a un panorama social sumergido en una desigualdad –¿sin precedentes?– que se refleja, entre otros espacios, en el acceso a bienes y servicios básicos de la salud. La desigualdad entre los que tienen y los que no tienen ha llegado a límites inimaginables. Tenemos dos mundos (dentro de ellos, submundos). En uno el ser humano tiene cabida, en el otro no le queda nada. Son dos realidades y para ellas las respuestas no son las mismas: el consumo y el crecimiento económico sin fin es el paradigma de la nueva religión, donde el aumento del consumo es una forma de vida necesaria para mantener la actividad económica y el empleo. José Santamarta lo llama: "*El apartheid del consumismo*". Existen 1.700 millones de consumidores, 2.800 millones de pobres en el planeta; a este *apartheid* no escapa la gran mayoría de los ciudadanos de nuestros países. El Informe sobre la Salud en el Mundo 2003, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, es contundente; allí se declara: "*Hoy el principal problema sanitario a nivel global es la enorme desigualdad existente entre los países desarrollados y las naciones emergentes, brecha que se profundiza de año en año*". La organización internacional enfatiza que ya "*no es hora de debates académicos: el imperativo moral es la acción urgente*". La entidad internacional advierte que la tarea decisiva de la comunidad mundial de la salud consiste en "reducir esa inequidad". Es idea de este autor que la tarea del presente no es reducir sino terminar con la inequidad. En este caso el sentido –¿utópico?– de esta idea tiene un profundo sentido político y es responder a los Derechos Humanos ya proclamados. Ante tal desafío surge la necesidad de revisar el espacio arquitectónico en salud bajo el signo de nuevos paradigmas.

Revisar el espacio arquitectónico en salud. Frente a los interrogantes: ¿Para qué y para quién transformar?, ¿qué transformar?, ¿cómo transformar?, ¿cuándo transformar?, parecería que se hace necesario revisar el "organismo hospitalario" desde una visión que lo imagine como un espacio viviente de la atención de la salud que envuelve y dialoga con las necesidades reales de las personas asistidas (indigencia, pobreza, prevención, enfermedad, cura, invalidez, angustia, muerte, contagio, etc.) y de las asistentes (trabajadores de la salud), en donde la incorporación del análisis de las emociones de "todos" pueda desprendernos de los preconceptos existentes. Le Corbusier –maestro de la arquitectura moderna– señaló: "*La arquitectura es un acto de amor y no una puesta en escena*". Este acto de amor lo entendemos no como un discurso impregnado de lirismo sino como la propuesta de promover soluciones "tangibles" en la obra hospitalaria que, además de realizar un fin práctico, sirvan para el desarrollo, la comunicación y la equidad social. Señalamos a continuación algunos de los interrogantes que se nos presentan ante el emprendimiento de una obra hospitalaria. Estos interrogantes solo pretenden ser algunos de los tantos que podrían enunciarse, y han sido dispuestos sin tener en cuenta ninguna prioridad cualitativa y con la idea de que puedan obviarse y/o agregarse otros como tales: ¿Cómo incorporar el sentido de equidad y sustentabilidad en la programación y realización de la obra arquitectónica en salud en una realidad donde la miseria y la pobreza se encuentran en niveles extremos? ¿Cómo poner en evidencia la malla de emociones que constituyen los sentimientos propios y ajenos que habitan en el campo de la atención de la salud en general y del hospital en particular, y trabajar con ellas para incluirlas en el proceso de cambio que coadyuve a la producción espiritual? ¿Cómo revisar las propuestas presentes sabiendo lo difícil que será intentar hacerlo, sumergidos en un panorama donde la incertidumbre y la complejidad son parte de las mismas? ¿Cómo encontrar nuevas y mejores formas de reglamentar, financiar, prestar servicios de atención de la salud con construcciones hospitalarias que respondan adecuadamente a la demanda, dentro de un proceso transformador y producido por cambios demográficos, económicos, políticos, culturales, científicos y tecnológicos? ¿Cómo hacer para revisar la razón que nos ha llevado a seguir adoptando propuestas pertenecientes a un primer mundo con profundas dudas sobre sí mismo, en lugar de adaptarlas? ¿Cómo enfrentar, con una visión clara de lo incierto, el concepto determinista fuertemente arraigado en muchos de los planificadores de

establecimientos para la salud? ¿Cómo revisar el pasado y tener visiones futuras en un medio donde los progresos de la ciencia y la tecnología nos han hecho temer –en muchos casos– sobre los peligros que ellas mismas conllevan? ¿Cómo integrar a los usuarios, filósofos, pensadores, antropólogos, sociólogos, psicólogos, poetas y otros, en la determinación de nuevos paradigmas sobre la base de lo médico-social?

Hacia dónde vamos. Una obra arquitectónica debe ser representativa de su tiempo, y nuestro tiempo está sumergido dentro de un panorama donde –como lo señalamos precedentemente– la historicidad (la salud está inmersa indefectiblemente en el desarrollo humano), la complejidad, la fragmentación, la incertidumbre y el conflicto se presentan como temas centrales en la concreción de cualquier proyecto; hecho que nos obliga a saber elegir aquellos interrogantes sobre los cuales montarnos para producir las respuestas y las propuestas adecuadas. Un aporte a este pensamiento es, a nuestro entender, la Declaración de Interdependencia del XVIII Congreso de la Unión Internacional de Arquitectos realizado en Chicago (1993), donde se indica: "*En gran parte la degradación global del ambiente se debe al entorno construido y por lo tanto a los arquitectos, y se recomienda buscar los mecanismos necesarios para arribar a una nueva concepción de la planificación y el diseño*". La esencia de dicha declaración, de la cual nos hacemos eco, fue la de responsabilizarse en encontrar "*una arquitectura sostenible y sustentable*". Existe consenso internacional y de referencia estimable sobre este tema en el "Programa 21: Modelo del desarrollo sostenible para el siglo XXI", de las Naciones Unidas. *¿Cuál es el paradigma para América Latina?* Entendemos que es necesario plantear pautas de diseño en donde la participación de los distintos técnicos en salud se vea enriquecida con la presencia de los usuarios y de aquellos pensadores, profesionales y técnicos que vienen de las ciencias sociales, del pensamiento y de la poesía. Esto seguramente dibujará el verdadero plano de la desigualdad, redundará en el acercamiento a una arquitectura sustentable alejada del discurso retórico y envejecido y, fundamentalmente, de "la mundialización de la copia", y con principios y estrategias para todos los sectores que se ocupen del desarrollo de la salud de las personas. Es imprescindible iniciar trabajos de investigaciones en el hábitat hospitalario alejados del determinismo y de las sospechas de "superficialidad doméstica" o de "ilustración escasa de razón" en que hoy están envueltos muchos de los centros de investigación y docencia desde los cuales la calidad de las propuestas se observa desde una visión profesional-arquitectónica cerrada (¿técnica-ilustrada?), en lugar de hacerlo desde la problemática de los hechos de la salud, que no es otra cosa que intentar aportar a la felicidad del ser humano. En este camino podríamos intentar señalar algunos de los lineamientos sobre los cuales montar el estudio para las respuestas arquitectónicas a los requerimientos de los espacios en salud: 1. Analizar, bajo criterios éticos, la existencia de dos mundos paralelos incompatibles para el desarrollo de acciones para la salud: el de la miseria-la pobreza-la "falta" y "otro": el del "poder" consumir servicios de salud a "medida y satisfacción". 2. Adoptar "*una arquitectura sustentable*" y basada "*en el rol determinante de las comunidades locales, en la puesta en marcha de su porvenir en favor de la formación de la comunidad de diseño interactivo, dentro de los procesos de construcción propios, para concebir establecimientos ecológicos y viables*". 3. Caracterizar las "tramas emocionales" de manera tal que el dolor, la invalidez, el miedo, la muerte, no se conviertan en un problema técnico. 4. Incorporar el concepto de estética de la austeridad para que la Némesis arquitectónica deje paso a la poesía creativa que prioriza la condición humana y no la envidia creadora. 5. Aceptar la presencia de un futuro incierto y dar respuestas operativas y físico-funcionales compatibles con esta problemática. Integración "real" de los recursos existentes. 6. Hacer uso de tecnologías accesibles (donde el componente físico y el lógico sean adecuados localmente). 7. Construcción y mantenimiento accesible y sustentable localmente (optimizar el uso de las instalaciones con el fin de retrasar su extinción). 8. Incorporar en las propuestas arquitectónicas criterios "serios" de costo/eficacia y costo/eficiencia relacionados directamente con la propuesta operativa. La tarea no es fácil en una época angustiosamente convulsiva; el camino es difícil pero creemos necesario y posible rechazar aquellos códigos arquitectónicos heredados que no pueden considerarse válidos en la medida en que se clasifiquen como soluciones parciales y no como fórmulas generadoras de nuevos mensajes, de verdaderos procesos de transformaciones sociales.

Referencias

OPS/OMS. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial. Washington, OPS, 1997. - Umberto Eco. *Appunti per una semilogia delle comunicazioni visive*, Milán, Bompiani, 1967. - Clement Bezold. "Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI" y "Futuro de la salud: herramientas para una mejor toma de decisiones", en For Alternative Futures, Fund. Mexicana para la Salud y Smith Beecham Pharmaceuticals, 1998. - J. Barrenechea, E. Trujillo Uribe, A. Chorni A. *Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia, 1990.

Sociedad

Hay una importancia creciente del tema 'público-privado' en las ciencias sociales, y paralelamente debiera haberlo en la bioética. Esto puede verse en muchos ejemplos de la realidad actual (v. *Aspectos sociales de la bioética; América Latina y la vida económica*). Gran parte de aquello que podía ser visto como campo reservado a la consideración de lo estrictamente privado, hoy asume carácter público teniendo en cuenta la medida en que esté afectado el bien común y conceptos significativos como la dignidad humana (v. *Exclusión social, Discapacidad, Espacio público*). El sentido de la norma social (v.) tiene importantes consecuencias para la ética. Una cuestión socialmente relevante de lo familiar es el tema de la violencia doméstica, el maltrato y/o la agresión entre cónyuges o de uno o ambos padres hacia los hijos. La violencia doméstica era considerada un hecho privado que solamente interesaba a los miembros de la familia o en particular al agredido. Desde hace unas dos décadas la situación ha variado y todo lo que guarde relación con la violencia se considera un tema público dado que daña la dignidad humana. En el caso de la investigación biomédica patrocinada por la industria farmacéutica se ha considerado que las relaciones entre las partes estaban regidas por un contrato privado y por tanto eran ajenas a la competencia de los ámbitos públicos de control y decisión (v. *Contrato social*). Pero la situación ha cambiado teniendo en cuenta los instrumentos internacionales, y que lo que está afectado es la dignidad humana, como en el acceso a los medicamentos y el cuestionamiento de las patentes farmacéuticas.

Intereses y explotación. Se ha pretendido sostener, desde la bioética, que existe explotación cuando quienes tienen poder (v.) se aprovechan de la debilidad, la pobreza o la dependencia de otros, para usarlos sin darles los beneficios adecuados que los compensen. Debiera entenderse, según esta definición, que la condición de explotación tiene una variable condicional que es la existencia o no de beneficios adecuados de compensación. Esto conduciría a una significación muy particular de lo que se pueda entender como democracia (v.). La definición de explotación tiene mayor consistencia si prescindimos de ese condicional que no es para nada intrascendente. Hablar de una explotación que pueda ser compensada es una contradicción en los términos ya que explotar a alguien consiste precisamente en tomar de él aquello que no debería haber sido tomado, por lo cual la única 'compensación' posible de la explotación es la no explotación. Hacer trabajar a los niños es una explotación y el trabajo infantil debe prohibirse porque no hay nada que pueda compensarlo. La explotación es un concepto que pertenece a la clase de los incondicionados aunque el neopragmatismo pretende negar la existencia de tales conceptos al modo en que niega el término *inalienable* como característico de los Derechos Humanos. Pero, además, debe pensarse que es más fácil que lo que se entienda por beneficios adecuados de compensación sea fijado por los ricos y poderosos antes que por los pobres, débiles o dependientes, tal como lo indica la evidencia de las disparidades crecientes entre ricos y pobres en el mundo. Si la fijación normativa de una supuesta adecuación de beneficios para la compensación resulta ser un modo en que las personas o las agencias ricas o poderosas usan para aprovecharse de los pobres, débiles y dependientes para alcanzar sus propias metas (*autointerés*), entonces diremos que esa supuesta adecuación de beneficios es un modo de explotación y por tanto que la definición que la hubiera estipulado sería una definición explotadora. Y el bioeticista que la enunció habría contribuido a la elaboración de un discurso normativo facilitante de la explotación. En muchas propuestas multinacionales de ensayos clínicos con medicamentos, en el apartado "Beneficios" pueden leerse frases similares a esta de un protocolo específico: "*Si usted decide participar en este estudio recibirá atención médica y le harán análisis y otros exámenes con más frecuencia de lo acostumbrado en el tratamiento de su* [enfermedad]". Se está definiendo el recibir atención y exámenes médicos con mayor frecuencia como "beneficio" de la investigación. Pero esto es falso dado que la atención médica y los exámenes forman parte del diseño del estudio y de no ser realizados no se obtendrían los resultados necesarios para evaluar eficacia y seguridad de la droga investigada. La atención médica y los exámenes brindados no tienen la finalidad de "beneficiar" al paciente sino de obtener información necesaria para hacer posible la comercialización del medicamento en estudio. Por eso es que la atención médica y los exámenes brindados son "obligaciones" del patrocinante que busca obtener un rédito económico de la investigación que se lleva a cabo. En los países pobres, la aplicación de esta definición de "beneficio" como "atención médica y exámenes brindados" en las investigaciones, supone una inducción a la participación para pacientes que –injustamente– no tienen acceso a exámenes o tratamientos. De este modo, bajo el "beneficio" (falso) que los pacientes recibirán durante el

tiempo del estudio (dos años promedio por fase), se logra la incorporación de los "débiles" y "menos poderosos". Y esto es explotación movida por el interés. La estructura falaz de una definición normativa puede llegar a cumplir un papel estratégico a la hora de implementar una investigación internacional, según como se defina explotación. De allí que en gran medida la batalla que libra la concepción neoliberal y neopragmática de la bioética es una batalla por el significado. Y es por esto que la bioética latinoamericana está obligada a la discusión crítica de los términos que forman parte de la bioética como campo normativo.

[J. C. T.]

Aspectos sociales de la bioética

Francisco Maglio (Argentina) - *Asociación Argentina de Medicina Antropológica*

La bioética (ética aplicada a la vida) no debe circunscribirse a lo discursivo; debe ser, además, un instrumento para mejorar la calidad de vida de la gente, promoviendo y defendiendo los Derechos Humanos fundamentados en la dignidad de las personas. De no ser así, es una bioética vana. La bioética tampoco debe circunscribirse al área médica; debe ser abarcativa de todos los espacios de la vida social. Veamos, entonces, las áreas de incumbencia de la bioética en la problemática latinoamericana, resaltando en cada una de ellas los aspectos más conflictivos.

Economía. América Latina es una de las regiones del mundo de mayor injusticia en la distribución de la riqueza: el 10% más rico concentra el 58% de la riqueza; el 10% más pobre, solamente el 1,8%; 150 millones viven con 2 dólares por día, y de ellos el 75% son aborígenes. En el caso concreto de Argentina más de la mitad de los adolescentes vive con menos de un dólar estadounidense diario. La deuda externa es una de las más importantes causas del atraso de la región: en los últimos 20 años se pagaron 1,4 billones de dólares en servicios de la deuda, lo cual representó 5 veces la deuda original, pero aún se debe 3 veces más. Unilateralmente la banca acreedora aumentó en la década de los setenta la tasa de interés del 6 al 20% anual.

Ecología y tierra cultivable. Por tala indiscriminada sin políticas oficiales de reforestación se ha perdido el 70% de los bosques. La introducción de semillas transgénicas se ha realizado sin cumplir adecuadamente los tres requisitos del principio bioético de precaución: a) que no dañe la salud de las personas; b) que no altere el equilibrio ambiental; c) que no profundice las diferencias sociales. El ejemplo más representativo de ello es el cultivo masivo de soja transgénica sin rotación de cultivos, lo que ocasiona daños irreparables: a) el consumo casi exclusivo (más de una vez por semana) ocasiona en los niños anemia ferropénica e hipocalcemia al impedir la absorción de calcio; b) empobrece el suelo de fertilizantes, debiendo usar agroquímicos que son muy costosos y que favorecen el efecto invernadero. Por otra parte, los herbicidas que se utilizan, especialmente el glifosato (alergénico y potencialmente cancerígeno), están en manos de un monopolio transnacional; c) desaparición del pequeño productor con incremento de grandes corporaciones. En Argentina en los últimos 10 años han desaparecido cuatrocientos mil pequeños productores que engrosaron la lista de "nuevos pobres". Se han profundizado (y legitimado) las diferencias sociales en la alimentación. El 40% de la tierra cultivable está en manos del 7% de la población. Aumentan los latifundios improductivos a expensas de microproductores productivos. Hay inexistencia o casi inexistencia de políticas de reformas agrarias.

Agua y nutrición. El acceso al agua pura es un derecho humano básico pero 1.500 millones de personas en todo el mundo carecen de agua potable. El agua contaminada ocasiona 25 muertes por día. El 80% del agua potable está privatizada y la mitad en manos de tres empresas. En Latinoamérica se encuentra la segunda reserva mundial de agua suficiente para abastecer a toda la población mundial durante 200 años: es el acuífero "guaraní" que abarca una superficie de 1.200.000 km² entre Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay, cuyo epicentro es la llamada Triple Frontera. En América Latina hay 55 millones de niños desnutridos con déficit intelectual casi irreversible: el 10% por desnutrición aguda; el 20% por desnutrición crónica; el 30% por subalimentación. Y esto curre en una de las regiones de mayor producción de alimentos para el resto del mundo. Esto es inadmisible.

Educación. En América Latina el 30% es analfabeto y el 25% analfabeto funcional. Resulta demostrativo correlacionar la distribución de la riqueza y la educación: el 10% más rico tiene 12 años de educación; el 10% más pobre tiene solamente 2 años. En Brasil demostraron la relación entre pobreza y educación, estudiando la incidencia de retardo del crecimiento en menores de cinco años en familias de igual situación de pobreza según los años de estudio del padre, y la conclusión fue: con diez años de estudio el retardo del crecimiento fue del 3,94%; con dos años de estudio el retraso fue del 19,4%.

Salud. Los datos son más que elocuentes: mortalidad infantil evitable de 100 casos por hora. Mortalidad que sería evitable con el 5% de la producción

mundial de granos, o con el 4% del gasto mundial en armas. Enfermedades endémicas controlables pero no controladas: Chagas, dengue, cólera, parasitosis intestinal, etc. Acceso restringido a la atención sanitaria. Déficit en atención primaria de la salud, que se convierte en atención "primitiva" de la salud. Corrupción: gasto desproporcionado en tecnología más que en recursos humanos de salud por causa política y económica. El 90% del presupuesto en investigación biomédica es para el 10% de patologías no prevalentes en la región y sí para el primer mundo. Aplicación del "doble estándar": un estándar moral para el mundo desarrollado que privilegia la autonomía, el consentimiento informado y el acceso a los mejores procedimientos comprobados y otro "estándar moral" para el tercer mundo, donde la sumisión hace inexistente la autonomía y limita el cuidado a los escasos recursos disponibles. En estas condiciones el consentimiento informado se convierte en "convencimiento interesado".

La bioética como solución. La bioética no debe quedarse en un diagnóstico de la situación; debe arbitrar también las soluciones. De acuerdo con lo expuesto, queda claro que el problema no es la falta de recursos sino la distribución injusta de los mismos. Esta injusticia tiene un hilo conductor: la discriminación, que los poderes hegemónicos quieren que sea "natural" y lo que es natural no se reflexiona, no se problematiza y, en consecuencia, no se cuestiona. La discriminación, en realidad, es una *construcción social*, producto de relaciones hegemónicas de poder con sentidos de orden moral y funciones de normalidad, disciplinamiento y estigmatización. Por el contrario, el proyecto de "naturalizar" la discriminación tiende a legitimar las injusticias: "pobres hubo siempre" es el eslogan de este proyecto. Si se piensa que el problema es solamente económico, nos quedamos solo en la superficie visible del iceberg. Para visibilizar lo invisible debemos apelar una vez más a la bioética como búsqueda del sentido, del significado, del verdadero "por qué" este es un orden moral: la discriminación como consecuencia de la violación de los Derechos Humanos. Si el problema, entonces, es moral, la solución de fondo estará dada aplicando los principios éticos en la distribución de los recursos. 1. Universalidad. Toda persona, por ser persona, kantianamente tiene dignidad y no precio, es sujeto y no objeto, es un fin en sí mismo y no un medio. La dignidad, basamento y fundamento de los Derechos Humanos, consiste en la no instrumentalización de las personas, por más loables (aparentemente) que sean los objetivos, como es la excusa "cientificista" del doble estándar. 2. Igualdad. Con base en lo anterior todas las personas tienen el mismo derecho a ser tratadas en un pie de igualdad. En el caso de la salud, por ejemplo, es inaceptable la teoría de los "estándares" mínimos y máximos. No puede haber una salud "para personas muy importantes" y una salud "para los pobres". 3. Equidad. Este principio señala que en la distribución de los recursos se debe dar algo menos al que de por sí tiene más, para poder dar algo más al que de por sí tiene menos. No se trata de robar a los ricos para dar a los pobres, tipo "Robin Hood", pero tampoco el "Hood Robin" del neoliberalismo donde los que tienen menos terminan pagando (y enfermándose) más. Si en esta distribución aparece alguna desigualdad, la única éticamente aceptable (siguiendo a Rawls) es aquella que beneficia a los más desposeídos y no a los poderosos. En esta distribución debe evitarse cualquier "focalización" que políticamente tienda a crear un clientelismo cautivo. Asistencialismo sin justicia es humillación. 4. Participación. La comunidad como sujeto colectivo que comparte en "común-unión" necesidades, valores y proyectos, debe participar necesaria y solidariamente en la toma de decisiones. De no ser así, simplemente es una depositaria pasiva de las decisiones de un grupo de mesiánicos, "*es retornar a viejas propuestas funcionalistas y materialistas con funciones de control social y legitimación de la subalternidad*" (Menéndez, 1998). 5. Solidaridad. Implementada en tres niveles: a) nivel macro: como estrategia política para una redistribución equitativa del ingreso. Los instrumentos idóneos son varios, por ejemplo, un sistema tributario que grave más la renta y la riqueza y menos la producción y el trabajo. Políticas de generación de empleos, de créditos para microemprendimientos, de promoción de la pequeña y mediana empresa, de reforma agraria que privilegie la producción y el trabajo de la tierra y "castigue" los latifundios improductivos, invertir en el tercer sector, el sector social que es el que genera más puestos de trabajo: trescientos empleos por cada millón de dólares invertidos. Esta lista no agota los instrumentos, es solo para ejemplificar las decisiones políticas. b) nivel meso: promocionando y protegiendo las redes sociales con las organizaciones elegidas y constituidas democráticamente, para superar lo reivindicativo y convertirse en el eje central de la transformación sociocultural y económica. El poder político debe respetar los procesos de autogestión y autonomía de dichas organizaciones, evitando cualquier tipo de control ideológico o social. c) nivel micro: incorporando la solidaridad en nuestra cotidianidad. Generar estrategias de oposición a las injusticias sociales desde los mismos sectores marginados, sin copiar estructuras coercitivas del poder, es decir, resistiendo a sus mecanismos de seducción: "*Se trata de no enamorarse del poder*" (Foucault, 2000). Hacer de la cotidianidad una denuncia de

las injusticias como primer paso a la justicia; una función "profética": además de confortar a los afligidos, empezar a afligir a los confortados.

Referencias

PNUD: http://www.undp.org Informe 2003. - World Health Organization. *The World Health Report 2000: Improving Performance*. - OPS. *La salud en las Américas*. Informe OPS, 2002. - I. Lewcowicz. *Estado en construcción. Grupo de reflexión rural*, Buenos Aires, Editorial Tierra Verde, 2003. - María Luisa Pfeiffer (ed.), *Transgénicos: un destino tecnológico para América Latina*, Mar del Plata, Ediciones Suárez, 2002. - Eduardo Menéndez. "Participación en salud", Rosario, *Cuadernos Médicos Sociales* 73, 1998, pp. 5-22. - M. Foucault. *Las redes del poder*, Buenos Aires, Almagesto, 2000.

América Latina y la vida económica

Aldo Etchegoyen (Argentina) - *Iglesia Evangélica Metodista Argentina/Consejo Mundial de Iglesias*

La riqueza del territorio latinoamericano. El territorio latinoamericano, desde México hasta el sur del continente, tuvo y aún tiene parte de una enorme riqueza natural y humana. Su riqueza mineral en reservas es de las mayores mundiales en cobre, estaño, plata, oro y otros metales valiosos. Su riqueza energética muestra enormes reservas de petróleo (Venezuela), gas (Bolivia), y ríos de gran caudal que la surcan en toda su extensión. Sus importantes fuentes de agua llevan vida a campos y bosques, y el acuífero "Guaraní" que se extiende en las fronteras entre Brasil, Paraguay y Argentina es una de sus mayores reservas. Sus costas ofrecen playas bañadas tanto por el mar Caribe como por los océanos Atlántico y Pacífico, con una gran riqueza marina en peces y mariscos que proveen millones de toneladas de alimento. Bosques, selvas y praderas ponen color a un variado paisaje de maderas, granos y frutos, con una enorme variedad de plantas medicinales y de animales diversos y una gran riqueza ganadera. Desde el punto de vista humano se observa asimismo una gran diversidad y riqueza de pueblos originarios con sus variados idiomas y culturas, comunidades afroamericanas con su triste historia de esclavitud y explotación, y una fuerte presencia de descendientes de pueblos europeos y de otras regiones. La variedad de sus religiones, su música y sus bailes y su diversidad cultural en general ofrecen asimismo una enorme riqueza.

El origen de su pobreza. A pesar de tanta riqueza, la pobreza hiere profundamente toda la región. No sucede esto por casualidad, capricho del destino o voluntad de Dios, sino por un sistemático y programado proceso de despojo. Esta dramática historia comenzó el 12 de octubre de 1492 cuando Cristóbal Colón llegó a sus costas. En su diario escrito los días siguientes quedó registrado su vivo interés por saber dónde encontrar oro. Esta palabra aparece varias veces en los textos de su diario de bitácora. Esto fue como un anticipo a la referencia que consta en el Archivo de Indias que "*solamente entre el año 1503 a 1660 llegaron al puerto de San Lucas de Barrameda 185.000 kilos de oro y 16 millones de kilos de plata proveniente de América*", sin contar el contrabando y robos piratas. ¡Solamente en esos años! ¿Podemos imaginar en los otros 250 aproximadamente? Vale la pregunta ¿qué era España en aquel siglo? Un país sumamente endeudado con otros países europeos, una población aproximada de 4 millones de habitantes, la mayoría en pobreza y marginación, además de un alto nivel de ignorancia. El descubrimiento y la conquista del nuevo territorio significó para ellos y Europa expansión y crecimiento. El proceso de despojo no tuvo fin, cuando por otro lado Europa crecía en riqueza y lujo.

La pobreza hoy. La situación latinoamericana nos habla hoy de aproximadamente el 43,4% de su población sumergida en la pobreza. Se trata de unos 230 millones de habitantes y de ellos el 18,8%, o 95 millones, viven en extrema pobreza. Cuando hablamos de pobreza generalizamos; cuando hablamos de pobres, especialmente niños, mujeres, comunidades indígenas, negras, obreros y campesinos sin trabajo, nos aproximamos más concretamente al serio problema social que eso significa: niños en las calles, desnutrición, enfermedades, prostitución, cierre de horizonte laboral, indígenas y negros marginados. Todo esto es un claro ejemplo de violencia estructural impuesta por el poder económico, político y militar. La tasa de mortalidad infantil en Estados Unidos es de siete por mil y de ocho por mil en Canadá, pero en Bolivia es de setenta y siete por mil, y en Haití de cientoveintitrés por mil. La única excepción es Cuba con nueve por mil. Actualmente uno de cada dos obreros recibe un salario que le permite vivir con alguna dignidad. Según la Organización Mundial del Trabajo, cada año 1,2 millones de niños trabajan doce a dieciséis horas diarias en pésimas condiciones y producen 100 millones de dólares de ganancia que ellos no reciben. La violencia en algunas ciudades es otro grave problema: si el conflicto armado entre Israel y Palestina produjo 467 muertes de niños y adolescentes entre 1987 y 2001, en Río de Janeiro en el mismo periodo hubo 3.937 asesinados por armas de fuego.

Pobres y ricos. Sobre el tema pobreza y pobres se ha analizado y escrito mucho, pero ¿no ha llegado el momento de hablar del problema de la riqueza y en ella de los ricos? ¿No son ellos los que, con sus decisiones económicas globales o nacionales,

causan la pobreza? ¿No son ellos los que, con sus estrategias y presiones, muchas veces definen y condicionan las decisiones políticas que profundizan la pobreza? Los ricos toman las decisiones y los pobres sufren las consecuencias. Los obreros quedan sin trabajo por causa de las decisiones de empresas o monopolios que solamente miran los números, las ganancias y su rendimiento. Por ese camino hemos llegado a la grave situación de que, muchas veces, los derechos de las empresas son más valiosos que los Derechos Humanos. Conocemos las consecuencias de la pobreza; también la riqueza tiene las suyas: privilegios especiales, grosero despilfarro, indiferencia social, soberbia e injusticia para con los pobres, delincuencia de guantes blancos, egoísmo, afán de acumulación, ganancias especulativas y otras. Muchas veces asistimos al triste espectáculo de ricos que juegan con sus millones porque han sabido especular o han adquirido alguna destreza deportiva, musical o cinematográfica. Qué decir de las poderosas empresas que literalmente hacen desaparecer pequeños proyectos construidos luego de años de trabajo honesto hecho de esfuerzos y constancia.

El poder económico global. La estructura del poder económico mundial controla hoy el mundo. Se concentra en el llamado Grupo de los Siete o G-7: Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Alemania, Francia, Italia y Japón. Luego le siguen unos treinta países intermedios, entre ellos Brasil, México, Argentina, Chile y Australia. Y el tercer grupo es el "resto", países sumamente pobres, desconocidos y olvidados, la mayoría en África. En esa estructura, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional son brazos del G-7 para la dominación económica y el manejo de la política internacional, que no sirven al desarrollo humano sino al continuo enriquecimiento de los poderosos. Por otro lado, los países dependientes y pobres continúan debatiéndose en sus graves problemas sociales, educativos, de salud y carencia de desarrollo.

Deuda externa. La transferencia de riqueza del Sur al Norte continuó sistemáticamente mediante el mecanismo de la deuda externa. Mientras los países endeudados más pagaban, más debían, y menos tenían. En ese proceso, los gobiernos militares en América Latina desde 1970 en adelante sirvieron a la dominación. Las dictaduras militares fueron un proceso económico de dominación, especialmente mediante el crecimiento de las deudas externas. Deuda y dictaduras fueron una constante en toda América Latina. El terrorismo militar fue también terrorismo económico. En Argentina, cuando los militares tomaron el poder en 1976, la deuda externa llegaba a 8.000 millones de dólares pero, luego de siete años, el nuevo gobierno democrático recibió el país con una deuda de 43.500 millones. Esa deuda puede considerarse ilícita porque nunca fue dispuesta por el Congreso de la Nación. Si observamos la situación de América Latina y el Caribe en general, en 1975 la deuda pública externa era de 69.000 millones de dólares, en 1988 había trepado a 378.000 millones y en 1996 alcanzaba ya a 607.000 millones. Para ese mismo año se habían pagado 630.400 millones por concepto de servicios de la deuda, una suma superior a la deuda total. Esos años fueron de gobiernos dictatoriales en muchos países. Hacia fines del año 2005 la deuda externa de América Latina y el Caribe superaba los 850.000 millones de dólares.

Deuda externa y Derechos Humanos. Esa historia económica ha tenido y tiene directos resultados en los Derechos Humanos. Un obispo anglicano denunció como situación de esclavitud la problemática social a consecuencia del sistemático crecimiento y pago de la deuda externa. Cuando el uso del poder no está al servicio de la vida sino de otros intereses, los resultados son dramáticos. El mecanismo de la deuda roba constantemente la dignidad humana a millones de personas en América Latina. Esto también tiene que ver con la justicia y los Derechos Humanos. La deuda, además de pagarse en dinero, se paga con la dignidad humana; más aún, se paga con la muerte especialmente de niños y niñas. El mecanismo de la deuda es comparable al tributo que los conquistadores impusieron a los pueblos dominados por la espada. Su objetivo es transferir riqueza del Sur al Norte. A esta transferencia financiera se puede añadir el éxodo de millones de personas que fueron capacitadas en el Sur y terminan yendo hacia el Norte a ofrecer su trabajo. Es una transferencia humana, como también de educación y capacitación de la cual se benefician los países ricos. Pero no es por casualidad que la riqueza se ha acumulado en el Norte y la pobreza en el Sur. Para este proceso el mecanismo de los tratados de libre comercio como el mecanismo de la deuda son factores muy importantes. La palabra "libre" tiene rico significado, pero sin igualdad no puede haber libertad. Esta problemática se tradujo en el plan para la creación del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas (ALCA). Es difícil hablar de igualdad cuando casi el 80% del producto bruto interno de las Américas corresponde a Estados Unidos y Canadá, mientras el 20% es de los países restantes. Los países poderosos buscan imponer sus condiciones subsidiando sus productos, lo cual hace a sus precios competitivos, cuando de otro modo no lo serían. En todo este proceso el poder de los Estados va pasando a los mercados como también a los grupos financieros internacionales. Estos grupos manejan su propia libertad de acción conforme al poder que posean. Significa esto que pueden presionar, y lo hacen, a gobiernos democráticos,

manejan la opinión pública con la dominación de los medios de comunicación, pueden hacer peligrar la estabilidad de toda una nación y hasta cambiar sus gobiernos. Todo esto ha llevado a la grave situación en la cual los derechos de las empresas son más importantes que los Derechos Humanos. La defensa de los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos latinoamericanos es el gran desafío de todos los gobiernos.

Crecimiento y desarrollo. Los mercados han impuesto en América Latina y el mundo entero la exigencia del crecimiento. La economía mundial está constantemente urgida por la necesidad de crecimiento, mayor producción, mayor consumo, y superación de las estadísticas del año o el mes pasado. Ese camino ha llevado a un mundo donde crece la pobreza para la mayoría y también la riqueza para una minoría. La contaminación, con todas sus variantes, va en crecimiento como consecuencia del crecimiento de la producción industrial y su contaminación por residuos tóxicos. Esta problemática ha entrado en un callejón sin salida y se ha constituido en una trampa, especialmente para las zonas o las naciones de mayor crecimiento industrial en el mundo. Solucionar los problemas de contaminación requiere la reducción en el crecimiento de la producción; por su parte esta solución crea problemas de desocupación y marginación social. Rogate Reuben Mshana afirma: "*El proceso de globalización económica ha sido rápido y aplastante para muchos. Es un proceso que entusiasma a los ganadores y desmoraliza a los perdedores. Ha creado la ilusión de que no existen alternativas, noción que, por sí misma, impide la aparición de iniciativas nuevas. La búsqueda de un crecimiento ilimitado es insostenible, y el daño social que causan los mercados libres está provocando una violenta reacción internacional*". Esta prioridad del crecimiento ha llegado a ser la ideología que motoriza las finanzas y el movimiento comercial actual. Además, condiciona lo más importante: el desarrollo humano. En un documento sobre Alternativas a la Globalización, que fue presentado en la IX Asamblea General del Consejo Mundial de Iglesias (Porto Alegre, febrero 2006), se señaló que el cáncer consiste en el crecimiento de las células enfermas en el organismo y que este camino conduce a la muerte y que la comparación es válida para la problemática mundial financiera que vivimos ya que las señales de muerte son muchas. La demanda de un concepto financiero, no al servicio del crecimiento sino del desarrollo humano, es indispensable en esta situación. Es necesario un desarrollo donde el valor humano sea el principal elemento al cual sirve todo lo demás. Un desarrollo integral y sostenible para toda la comunidad donde la producción se rija por otro criterio y no exclusivamente por la competencia y el crecimiento sin control. Donde los bienes de la tierra tengan una equitativa distribución y sean beneficiados la educación, la salud, la cultura, la vivienda, el trabajo y el pleno desarrollo. Para esto es imprescindible un cambio profundo en la relación Norte-Sur. En 1960, por cada dólar proveniente del Norte para ayudar al desarrollo en el Sur, tres dólares salían hacia el Norte. Luego de 30 años, en 1990 la cantidad que sale del Sur al Norte ha llegado a siete.

Conclusión. Antonio Zugasti dice: "*La vida económica de nuestro mundo está regida por un sistema como el de Tolomeo, gira sobre un centro equivocado, ese centro es el dinero. El beneficio económico es el centro sobre el que pivotea toda la actividad económica de los seres humanos. Así son inevitables las crisis y los desajustes sociales. Se hace girar el ser humano en torno a lo que sólo debía ser una herramienta a su servicio. La riqueza y el capital se han convertido en un ídolo y los hombres y mujeres esclavos a su servicio. Es necesaria una revolución copernicana que devuelva al ser humano todo su valor y lo ponga como centro del mundo. No es fácil esta revolución, los grandes poderes económicos no están dispuestos a ceder su lugar, además la mentalidad capitalista está marcada a fuego en la sociedad*". Pero el desafío de una revolución en la vida económica queda planteado para el debate en bioética.

Referencias

Diálogo 2000. "Una deuda con el pueblo" y "La vida o la deuda", Buenos Aires, www.dialogo2000.org.ar - Rogate Reuben Mshana. "Defensa del mercado justo", Madrid, *Revista del Centro Evangelio y Liberación* Nº 78-79, marzo-junio, 2005. - Antonio Zugasti. "Erradicar la riqueza", *Utopía*, Revista de Cristianos de Base Nº 26, abril-junio 1998.

Contrato social

Fernando Aranda Fraga (Argentina) -
Universidad Adventista del Plata

Concepto y orígenes del contrato social. Se comprende por "contractualismo" la teoría por la cual se explica y justifica el fundamento y la posibilidad de la sociedad a partir de un pacto entre sus miembros, sea efectuado en forma expresa o instaurado en forma implícita en la sociedad y esta deba al mismo su funcionamiento. La concepción contractualista se utilizó para justificar la autoridad política, para explicar los orígenes del Estado y para fundamentar la moral y creación de una sociedad justa. Fue desarrollada en toda su expresión en la Modernidad, fundamentalmente por Hobbes, Locke, Rousseau y Kant. En nuestra época, la concepción de la justicia de John Rawls lo situará como uno de los representantes más

conspicuos del neocontractualismo, corriente diversa en la que además debe incluirse a Nozick, Buchanan, Gauthier y Habermas, entre los principales. Dos motivos condicionaron en la Modernidad el desarrollo de la teoría del contrato social. En parte esta fue producto y consecuencia lógica de la creciente secularización que predominaba en la cultura de la época, a lo que debe sumarse el predominio de una concepción atomista de la sociedad, por lo cual esta era comprendida como un conjunto de individuos separados entre sí, a la manera de una relación entre partículas o cuerpos independientes uno del otro. La teoría del contrato social significa el pasaje de la sumisión al consenso, por tanto constituye una nueva era comparada con su precedente, signada políticamente por la concepción del origen divino del poder gubernamental. Todas las teorías contractualistas se unifican en el hecho de que fundamentan la legitimidad del poder de un Estado mediante el consentimiento o acuerdo de los individuos en ser gobernados por dicha autoridad, que a partir del pacto se constituye en depositaria del poder de los pactantes.

Estado de la cuestión. Rastreando los orígenes de esta teoría política, pueden hallarse desarrollos incipientes en los sofistas –hecho criticado por Platón–, quienes propusieron el establecimiento de acuerdos sociales a fin de evitar injusticias y daños entre individuos. Los sofistas distinguieron entre convención (*nomos*) y naturaleza (*physis*); la moral quedó dentro del campo de lo convencional y no del natural. También los epicúreos asumieron una postura similar y, más adelante, en los epígonos de la Edad Media, Guillermo de Ockham, Marsilio de Padua y Nicolás de Cusa, a partir de motivaciones diversas, afirmaron la noción de pacto como origen del gobierno. No hubo, hasta bien entrado el siglo XIII, pensadores que se hayan dedicado a formular explícitamente la teoría ascendente del poder, en oposición a la concepción descendente, basada en el derecho divino. Así ocurrió hasta que entre los siglos XII y XIII comienzan a surgir los primeros conceptos emanados de los doctores de la ley canónica (Tierney, 1997), para confluir finalmente en las ideas políticas de Ockham, a inicios del siglo XIV. Hobbes constituye uno de los principales hitos en la historia de la teoría política universal. Su pensamiento será poco más tarde retomado, aunque matizado, por Locke, asimilando su teoría del contrato social a una posición más naturalista y democrática, y más tarde por Rousseau, posición política mediante la cual el ginebrino tratará de mediar entre la libertad positiva de los antiguos y la negativa –limitada– de los modernos. Fue Hobbes quien hizo historia como el gran innovador de la época, precisamente por su ruptura con la que le precedió y por haber dado un segundo gran paso en la historia del contractualismo. Hobbes pretende reforzar la igualdad que no es permanente en el estado natural –donde lo regular es una situación de guerra de todos contra todos– mediante la ley, la sanción y el poder coercitivo del soberano, quien además de ser el garante del pacto, pasa a ser, de aquí en más, la representación de la imparcialidad, un valor que se establece mediante la vigencia de las leyes civiles. Frente a estas todos los ciudadanos son iguales y nadie puede disponer de más derechos ni libertades que los demás; de igual modo, todos tienen las mismas obligaciones. Hobbes describe de esta manera el proceso de establecimiento del Estado, es decir, el pasaje del estado natural al político mediante un pacto fundacional entre sus miembros (Hobbes, 1994). Locke, reconocido como padre del liberalismo, presenta su teoría política y concepción contractualista, especialmente en el *Segundo tratado sobre el gobierno civil*. En el *Primer tratado* refuta la teoría monárquica del derecho divino. En el *Segundo tratado* afirma que el gobierno debe ejercerse con el consentimiento del pueblo y este lo sostiene a fin de asegurar su propio bien. A diferencia de Hobbes, el estado de naturaleza –donde rige la ley natural– no es un estado de guerra, aunque tampoco se trata de un estado perfecto debido a que los hombres, siendo libres e iguales, no siempre actúan racionalmente. El Estado nace con el fin de crear y sancionar leyes que protejan la vida y la propiedad de sus miembros. Rousseau asume el procedimiento contractual establecido por sus predecesores con el objetivo de articular los intereses particulares con el interés común. La finalidad de su teoría contractualista será predominantemente ética. A diferencia de los anteriores, no persigue la maximización de los beneficios individuales propia de aquel atomismo disgregador, sino el establecimiento de la comunidad política, enlazando su noción de la voluntad general con la tradición comunitaria inspirada en Aristóteles. Por ello se reconoce a Rousseau como el adalid de la soberanía popular y la democracia moderna. Según Kant, el contrato social es una "*idea a priori de la razón práctica*", un constructo intelectual de significación moral y práctica. Su mayor contribución a esta teoría consistió en percibir sus implicancias cosmopolitas, como medio para preservar la "paz perpetua" internacional, concebido como un proceso intergeneracional. "*El uso kantiano del contrato social es consistente con su teoría moral y su optimismo acerca de la capacidad de desarrollo de las potencialidades humanas*" (Boucher y Kelly, 1994). Al invocar la idea de pacto, Kant muestra la forma en que las leyes y convenciones sociales responden al valor de la autonomía. Algunos años antes de Kant, David Hume

minó las bases del contractualismo, al publicar su conocido ensayo *Of the Original Contract*, donde niega la existencia de una obligación política hacia el gobierno fundada en un contrato o pacto social, expediente al que juzga como irrelevante. A pesar de todo, no niega el origen del gobierno en un contrato remoto, cuyo principio se pierde en el tiempo. Según Hume, la obediencia al gobierno está fundada solo en el interés general y las necesidades de la sociedad. Hegel y Marx representan la línea más fuerte de resistencia al contractualismo, teoría que no resurgirá sino hasta la segunda mitad del siglo XX. Hegel afirma que el contrato es un concepto apropiado para la esfera económica, pero no para la política. Ni el Estado ni la relación de los ciudadanos con este pueden reducirse a asuntos de autointerés. El ámbito propio del contrato es el de la sociedad civil y no el Estado, que constituye un tipo de comunidad, con todo lo que ello implica. Por eso Hegel establece una separación entre el ámbito de lo privado, que tiene lugar en la sociedad civil, y la esfera de lo público, ámbito del Estado. También Marx relaciona el contractualismo con la búsqueda del autointerés económico, específicamente practicado por el sistema capitalista, representado por las ideas económicas sobre el mercado y la libre competencia de Smith y Ricardo.

Ética neocontractualista. Durante las últimas décadas del siglo XX la ética cambia su objeto de estudio. Hasta entonces dominada por el auge de la escuela analítica, la filosofía científica y el neopositivismo, deja de centrarse en asuntos de metaética para ocuparse de cuestiones normativas. De profunda raigambre liberal, el contractualismo adquiere nuevo impulso, aunque también cambia de objeto en relación con su anterior expresión. Ya no es necesario justificar el origen de la sociedad y la autoridad del Estado, como pretendieron los filósofos políticos de los siglos XVII y XVIII, sino que las circunstancias de la época demandan la justificación de una idea de justicia, virtud que de este modo adquiere primacía sobre las restantes cuestiones éticas. Desde que John Rawls publica su obra, las teorías de la justicia pasan a ocupar el centro de la reflexión ético-política. El neocontractualismo representado por Buchanan, de raíces hobbesianas, intenta lograr una vía intermedia entre el totalitarismo y la reducción del Estado. Otra teoría neocontractualista es la de Nozick, quien prosigue la veta abierta por Locke en su búsqueda de asegurar y proteger la propiedad privada obtenida naturalmente. Para ello se servirá de la creación de un Estado mínimo, tan mínimo que no tenga funciones redistributivas, puesto que ello atenta contra los justos títulos de los propietarios. En su teoría no hay lugar para los valores de cooperación o solidaridad social (Muguerza, 1990). Rawls recoge en su concepción de la justicia, además de la metodología contractualista para establecer principios, por un lado a la tradición lockeana que preserva las libertades individuales, por otro la valoración rousseauniana de la igualdad, y finalmente las nociones kantianas de autonomía y deber, con base en las cuales elabora su constructivismo ético. Según Rawls, la filosofía moral y política son indisociables. Su mayor desafío es hallar principios de justicia que resulten aceptables en sociedades pluralistas, donde se confrontan diversas concepciones sobre la vida buena y ninguna puede prevalecer sobre las demás. El contractualismo es su punto de partida, porque se pregunta de qué modo será posible un acuerdo entre personas razonables acerca de los principios de justicia que han de regir en una "sociedad bien ordenada". La elección de estos principios, en la medida en que sean imparciales (*fairness*), permitirá resolver los conflictos de intereses que existen dentro de la sociedad política. El principal rasgo de una sociedad bien ordenada está dado por su concepción pública sobre la justicia. Partiendo del hecho de que todos poseemos ciertas nociones latentes, enraizadas en nuestras más firmes convicciones sobre nosotros mismos y la realidad social, la tarea consiste en descubrir las bases más profundas para llegar a un acuerdo. Con esta meta, Rawls diseña un constructo que le permita llegar a un acuerdo sobre la justicia. Se trata de un pacto hipotético, erigido en situación de escasez moderada, suscrito por individuos situados en lo que Rawls llama "posición original", equivalente en el contractualismo clásico al estado de naturaleza. Los hipotéticos pactantes solo saben algunas cosas de su situación, pero no aquellas que los harían elegir principios que les resulten convenientes, en razón de ciertos privilegios o condiciones naturales (Rawls, 1971). Finalmente, cabe mencionar a Habermas como representante del neocontractualismo europeo, en cuyo modelo ideal de diálogo intersubjetivo entre sujetos racionales se perciben los lineamientos de una teoría contractual de la sociedad. Habermas elabora una "ética comunicativa", mediante la cual pretende alcanzar una moral universal capaz de cancelar la escisión, vigente desde los inicios de la Modernidad, entre el hombre-individuo y el hombre-ciudadano.

El contrato social en Latinoamérica. La teoría contractualista sobre el origen del gobierno no ha estado ausente en los países latinoamericanos, ya que buena parte de su contenido fue plasmada en sus leyes constitucionales y demás códigos jurídicos. Casi todas las revoluciones que experimentaron los países latinoamericanos durante el siglo XIX, al emanciparse de las potencias colonizadoras europeas, recibieron el influjo de la Ilustración, como también del programa político que

impuso la Revolución Francesa. Los ideales de la Revolución fueron la libertad, la igualdad y la fraternidad, conceptos que recibieron como legado de las teorías contractualistas modernas, aunque no todas estas teorías incluyeron estos tres ideales. Quizás fue Rousseau quien más influyó en el ideario de las revoluciones francesa y americana. Lo cierto es que a pesar de que la fraternidad –o solidaridad– formaba parte de aquel programa político revolucionario, y está presente en las constituciones de nuestros países, es poco lo que aún permanece en la praxis de nuestras sociedades. El creciente individualismo que ha tomado cuenta de nuestra cultura occidental ha vuelto a nuestras sociedades políticas, reflejo del modelo democrático liberal, escasamente solidarias. Por otra parte, también los restantes ideales, libertad e igualdad, han sufrido importantes mermas, en algunos periodos más que en otros, en los países de Latinoamérica. Los múltiples golpes de Estado y sus consecuentes gobiernos autoritarios y antidemocráticos, en la mayoría de los países, privaron a millones de ciudadanos latinoamericanos de sus libertades constitucionales originarias, e introdujeron enormes desigualdades e injusticia social, consumando la perversión de la ética pública y de la justicia, en sus aspectos penal, civil, económico y político. A pesar de esto, América Latina ostenta, en su conjunto, mayores dosis de solidaridad que el resto de la civilización occidental, aún habiéndosele escamoteado por parte de los países centrales, mediante políticas económicas neocolonialistas, importantes cotas de libertad e igualdad, tanto en lo privado como en el ámbito público.

Aspectos críticos de la teoría. Diversas reacciones críticas a la teoría contractualista, principalmente contra el neocontractualismo de Rawls, elaboradas por líneas de pensamiento comunitaristas y feministas, pueden verse bajo la entrada Idea de justicia de esta obra. Cabe destacar las críticas comunitaristas de Michael Sandel, Alasdair MacIntyre, Charles Taylor y Michael Walzer, y las feministas de Carol Gillighan, Susan Moller-Okin, Carole Pateman, Iris Marion Young y Seyla Benhabib, estas dos últimas más moderadas, quienes proponen una revisión del neocontractualismo en general, en especial el representado por Rawls. Ambas autoras postulan básicamente una emancipación de las estructuras masculinas dominantes de poder de la sociedad moderna, las cuales impiden el pleno ejercicio de los derechos en condiciones genéricamente igualitarias.

Referencias

David Boucher, Paul Kelly (eds.). *The Social Contract from Hobbes to Rawls,* London, Routledge, 1994. - Roberto Gargarella. *Las teorías de la justicia después de Rawls,* Barcelona, Paidós, 1999. - Thomas Hobbes. *Leviatán,* México, FCE, 1994. - Michael Lesnoff (ed.). *Social Contract Theory,* New York, New York University Press, 1990. - Javier Muguerza. *Desde la perplejidad,* México, FCE, 1990. - John Rawls. *A Theory of Justice,* Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1971. - Brian Tierney. *The Idea of Natural Rights,* Atlanta, Scholars Press, 1997.

Democracia

Cristina Reigadas (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Caracterización. La idea de democracia es una de las lógicas constitutivas de la idea de Occidente. Originada en la antigua Grecia, su etimología remite al poder del pueblo. Por cierto que la democracia griega excluía a no griegos, esclavos, mujeres y niños de ella, pero igualmente poseía una dimensión utópica que, muchos siglos después, Abraham Lincoln plasmó en una sencilla pero potente frase: la democracia es el poder del pueblo, para el pueblo y por el pueblo. La soberanía popular, los derechos del pueblo a participar y a decidir en los asuntos públicos, el ejercicio de la ciudadanía, constituyen, sin duda, el núcleo duro de la democracia. Hay que distinguir entonces entre la democracia realmente existente y, por tanto, imperfecta, y la democracia como ideal utópico-normativo, que incluye básicamente las ideas de libertad e igualdad. Ambas ideas han estado frecuentemente en tensión en las prácticas sociales y políticas modernas como en los abordajes teóricos de la democracia. Estas ideas no son simples ni unívocas y han sido objeto de diferente valoración en las distintas tradiciones del pensamiento político democrático.

Tipos de democracia (según la relación entre libertad e igualdad). a) *Democracia liberal*. Prioriza la idea de libertad. Postula igual libertad para todos, históricamente realizada por el Estado de Derecho y basada en la igualdad jurídico-política de todos los ciudadanos. Esta libertad suele ser denominada "libertad de" o libertad negativa, ya que subraya la independencia del individuo respecto de los poderes públicos, en particular del Estado. Históricamente y así concebido, el Estado de Derecho se origina en la Europa Moderna (siglos XVII y XVIII), siendo el iusnaturalismo uno de sus componentes jurídico-filosóficos centrales. Sin duda, el teórico más importante del Estado de Derecho liberal (parlamentarista y representativo) es el inglés John Locke. b) *Democracia social*. Prioriza la idea de igualdad. Igual participación en los bienes comunes (Estado Social), entendiéndose que la igualdad debe trascender el plano abstracto y meramente formal. Mientras que el Estado de Derecho se basa en el principio del trato igual e imparcial para todos, la democracia social sostiene la necesidad de realizar concreta y sustantivamente

la igualdad formal. Se trata de asegurar el tránsito de la libertad negativa hacia la libertad positiva, la "libertad para" realizar las propias necesidades, valores y para alcanzar la igualdad efectiva. La igualdad social tiene distintas dimensiones. Incluye la igualdad de estatus, en el sentido de igualdad de reconocimiento y no discriminación, y la igualdad económica (iguales bienes para todos), pasando por la igualdad de oportunidades. Esta puede entenderse tanto como igualdad de acceso e igualdad de comienzo, siendo este el punto de partida para toda redistribución de bienes, puesto que apunta a desarrollar las capacidades para tener iguales oportunidades (Sartori, 1988) y, en este sentido, es el tipo de igualdad que posee un mayor potencial democratizador. En términos históricos, la democracia social reconoce sus orígenes en Jean Jacques Rousseau, el teórico más importante de la democracia del siglo XVIII y cuya defensa del igualitarismo y de la soberanía popular indelegable fue decisiva en la Revolución Francesa y en los movimientos independentistas de América Latina en el siglo XIX. Suele adscribirse al filósofo ginebrino la defensa irrestricta de la democracia directa; sin embargo, Rousseau la consideraba impracticable en las grandes y complejas sociedades modernas. Por cierto que hay que mencionar a Karl Marx, quien continúa y radicaliza la idea de democracia social o sustantiva, mediante su lúcida crítica a las limitaciones de la democracia formal en el siglo XIX. Y ya en el siglo XX y desde otra perspectiva ideológica se inscribe en esta corriente el filósofo estadounidense John Rawls, cuya teoría de la justicia basada en el principio de equidad ha tenido indudable impacto en el pensamiento democrático. c) *Democracia deliberativa*. Igual libertad para participar en la conformación de una voluntad y opinión pública orientada al consenso racionalmente motivado y según los principios del discurso y de la generalización de intereses de la ética discursiva. El filósofo alemán Jürgen Habermas ha desarrollado contemporáneamente este modelo de democracia, que apunta a superar las tensiones histórico-conceptuales planteadas entre democracia formal y sustantiva, representativa y directa, entre derechos individuales y voluntad colectiva, etc. El núcleo de la tesis de Habermas sostiene que solo mediante argumentos y procesos deliberativos se podrá garantizar la igual distribución de las libertades y que solamente discursos democráticos (abiertos a todos los afectados y fundados en razones) podrán concretar las ideas básicas liberales de igual respeto, igual consideración e igual trato (McCarthy, 1998). ¿Cuáles son los procedimientos que deben orientar los conflictos (prácticos) en los que se juegan cuestiones referidas a la libertad y a la igualdad? El principio del discurso (argumentaciones basadas en razones) y el principio de universalización de intereses, según el cual deben tenerse en cuenta (es decir, incluirse) los intereses y las perspectivas de todos los afectados presentes y futuros por la situación del caso. Los intercambios discursivos apuntarán a modificar las respectivas posiciones, a fin de lograr consensos racionalmente fundados basados en aprendizajes mutuos sobre cuestiones públicas. Por cierto que los consensos no son definitivos y no siempre es posible lograrlos; por ello la democracia deliberativa reconoce la legitimidad de otros principios, además de los mencionados (entre ellos, la negociación). Es decir que la democracia deliberativa reconoce su raíz ética (que, además, opera como su horizonte normativo), sin disolverse en ella. A diferencia de otras concepciones meramente fácticas de la democracia, que la reducen a una forma de gobierno, un mecanismo de elección de elites, a la regla de la mayoría y/o a la construcción de poder hegemónico basado en la movilización popular, e igualmente a diferencia de otras concepciones normativas de la política que colocan los ideales democráticos siempre más allá de la realidad misma, para la democracia deliberativa las pretensiones normativas se entablan desde la facticidad, en el aquí y ahora, y constituyen uno de los motores de la acción.

Debates contemporáneos sobre democracia. En los años ochenta, y a instancias de la obra *Teoría de la justicia* de John Rawls, se generó en Estados Unidos un debate –ampliado luego a Europa y con repercusiones en América Latina– entre los defensores del liberalismo y sus críticos comunitaristas. La democracia liberal otorga prioridad al individuo, al derecho y a la justicia, concibe a la sociedad en términos de contrato entre personas libres, iguales y autónomas, y al Estado como el ámbito del derecho y la justicia, que debe resguardar las libertades individuales. Se basa en el principio de la representación (el pueblo no gobierna ni delibera sino a través de sus representantes) y subraya los aspectos formales de la igualdad. Los comunitaristas (entre ellos, Michael Sandel, Charles Taylor, Alasdair McIntyre, entre otros) critican la concepción ahistórica y abstracta del individuo, la noción contractualista de la sociedad y la concepción del Estado como mero guardián de las libertades individuales, sostenida por la democracia liberal. Por el contrario, priorizan la idea de comunidad y de solidaridad –y no solo la de los derechos y la justicia–, la autorrealización de los individuos y grupos en términos de sus ideales de vida buena, y conciben al Estado como el portador y garante de los valores éticos de la comunidad, simpatizando con una visión más sustantiva de la democracia, en términos de realización de valores y formas de vida solidarias. En este debate ha

terciado Habermas, quien considera su teoría de la política deliberativa particularmente apta para superar las limitaciones de ambas y para mostrar su raíz común. Habermas (1999) sostiene que la democracia deliberativa supera a la democracia liberal, por cuanto va más allá del mercado político que la reduce a una máquina electoralista y a una mera forma de gobierno. En cuanto al comunitarismo, critica también sus presupuestos respecto de la homogeneidad de la comunidad y su consideración del Estado como portador de los valores comunitarios y natural realizador del bien común, aunque tampoco comparte la idea liberal de la "neutralidad" del Estado. Asume los principios de la heterogeneidad social, de la multiplicidad de actores y de su inherente conflictividad, y sostiene que justicia y solidaridad, derechos individuales y voluntad colectiva tienen una raíz común que se funda en la noción de intersubjetividad y de racionalidad comunicativa. Ambas concepciones, según Habermas, parten de una noción restrictiva de la racionalidad (instrumental y estratégica en un caso y sustantiva en el otro) y de una noción de sujeto que, en ambos casos, actúa monológicamente (ya sea el individuo liberal portador de derechos o la comunidad portadora de valores homogéneos) y niega el principio mismo de la vida social: la diversidad concreta, la diferencia y conflictividad de la vida social. Liberales y comunitaristas parecieran no cumplir con uno de los requisitos fundamentales de la construcción democrática de la vida pública: la asociación e intercambio mediante procesos de aprendizaje mutuo. Para los liberales se trata, tan solo, de aplicar las leyes y la regla de la mayoría, y para los comunitaristas, de realizar los valores de la propia comunidad.

Democracia, liberalismo y derechos. Habermas (1998) sostiene que hay un lazo interno (y no solamente una asociación históricamente contingente) entre derechos individuales y sociales, entre libertad e igualdad, entre autonomía privada y pública, en fin, entre Estado (liberal) de Derecho y democracia, de modo tal que soberanía popular, formación discursiva de la voluntad popular y sistema jurídico son cooriginarios. Es por ello que la legalidad en un Estado democrático no es una esencia fija sino una idea que se realiza mediante proyectos constitucionales histórica y culturalmente diferenciados. Habermas reconstruye dicho proceso del siguiente modo: primero se produce una asociación horizontal de ciudadanos que se reconocen como iguales entre sí y acuerdan mutuamente derechos unos a los otros, y luego se constituye el poder legal. Así, los derechos liberales que protegen al individuo contra el aparato del Estado no son originarios, sino que emergen de una transformación de las libertades individuales que estaban al principio recíprocamente garantizadas y solo secundariamente adquieren el sentido negativo de delimitar una esfera privada que se supone libre frente a la administración arbitraria. Los derechos frente al Estado surgen como consecuencia de un proceso por el cual los autogobernados se transforman en una comunidad legal organizada en torno a un Estado. Luego, hay derechos cuando se expresa una voluntad colectiva que reconoce a todos sus miembros como iguales en el ejercicio de las libertades individuales y colectivas. Es indudable que la raíz común del derecho individual y la configuración de la voluntad colectiva remite tanto al reconocimiento de la historicidad de los derechos como a su universalidad (Habermas, 1998). Los derechos no son eternos, inmutables ni neutros, y surgen como tales en una determinada situación histórica –obviamente no se puede escapar a la contingencia–, pero una vez que surgen como derechos en una sociedad de hombres libres que aspiran a igual trato, quedan entabladas sus pretensiones normativas de universalidad, en la medida en que todo aquel que pretenda ejercer un derecho estará haciendo uso de dicha pretensión. Es decir que la cualidad formal de los derechos garantiza la igualdad, que es la base para que los individuos reclamen otros derechos. El primer derecho es el derecho a tener derechos y este es el principio de justicia. En resumen, porque somos libres e iguales podemos defender y expresar nuestras diferencias, y reclamar otros derechos humanos, dado que los existentes no son los únicos posibles. Tampoco los derechos adquiridos se acumulan necesariamente: siempre se pueden perder y siempre es posible retornar al estado de naturaleza. No tienen sentido, entonces, el relativismo ni la crítica que los identifica con una expresión más del universalismo eurocentrista, o que desconoce la tensión inescapable entre facticidad y normatividad que habita en ellos.

Formas de la democracia. 1. *Democracia como forma de vida*. Según esta concepción, la democracia no es solamente una forma de gobierno, un método de selección de elites, una forma de participación en la cosa pública, el ámbito de los derechos y la justicia, la protección de formas de vida comunitaria, aunque, por cierto, es también todo esto. La democracia es fundamentalmente un estilo y una forma de vida, tal como lo señalara John Dewey. Una forma de vida que supone asociarse con extraños mediante el respeto, el reconocimiento y la confianza mutua. Sin estas actitudes y cualidades morales difícilmente puede hablarse de construcción democrática de la vida pública. 2. *Democracia como desarrollo de la libertad.* El premio Nobel de Economía y reconocido filósofo hindú Amartya Sen ha vinculado la democracia con el desarrollo de la libertad, entendida esta en

términos de capacidades y funcionamientos para el bien-estar. Sen apunta a superar los viejos modelos desarrollistas y bienestaristas (propios del *Welfare State*) basados en éticas utilitaristas y neoutilitaristas. Ambos modelos se fundamentan en ideas abstractas de igualdad, en la distribución de bienes y en medir sus logros por los resultados. Critica tanto la idea de justicia como imparcialidad (igual trato para todos) como la de equidad rawlsiana, base de las políticas bienestaristas. Rawls propone dar lo mismo a los iguales y repartir desigualmente entre los desiguales (se trata siempre de bienes primarios), a fin de hacer justicia siempre a los desaventajados, según el principio de las diferencias relevantes, y a fin de garantizar la igualdad de resultados en el caso de no poder garantizar la igualdad de oportunidades. Sin embargo, a pesar de que Rawls introduce en el utilitarismo importantes correcciones (beneficiar siempre a los desaventajados), no queda inmune a sus críticas. Por un lado, comparte con los utilitaristas un criterio de justicia basado en los bienes y los resultados y no puede responder a las preguntas de quiénes son los desaventajados y cuáles son y quién decide acerca de las diferencias relevantes. Sen observa que mientras el utilitarismo clásico piensa en términos agregativos e individuales, maximizando el bienestar de todos pero sin saber a quién se beneficia, el bienestarismo piensa en niveles, pero no en diferencias intranivel, desatendiendo, de ese modo, las diferencias individuales. A fin de superar los límites de ambas posiciones, propone pensar la igualdad desde la diferencia y concebir el desarrollo como ampliación de las libertades. Desde esta perspectiva, desarrollo es sinónimo de democracia, ya que es impensable obtener primero el desarrollo (económico-social) y luego la libertad y/o la igualdad. Se comprende el planteo si se entiende el para qué del desarrollo: vivir mucho y bien. Para ello, para poder autorrealizar los propios ideales de buena vida (todos tenemos iguales derechos a ello), hay que tener la libertad de capacidades y funcionamientos para lograrlo. Desde este enfoque, democracia es el desarrollo como libertad y esta la clave para lograr la igualdad de bien-estar, por cuanto no se confunde con el bienestarismo focalizado hacia la reducción de la pobreza en términos de ingresos y salarios y hacia la obtención de bienes y resultados. A juicio de Sen, la pobreza no es solo ni básicamente de renta sino la privación de capacidades, y potenciar estas debería ser el auténtico para qué de toda democracia.

Perspectivas de la democracia. Sin adherir a ningún postulado evolucionista, determinista y/o progresista, la idea de democracia –más allá de su diversidad conceptual– es hoy universalmente considerada, aceptada y reconocida como el principio normativo rector de toda vida política que pretenda basarse en principios de justicia. Asentado su principio firmemente en la idea de soberanía popular y de Derechos Humanos, ha renunciado a toda fundamentación dogmática y a toda clausura, a fin de asumirse como un régimen político y una forma de vida que reconoce a la incertidumbre y a la apertura como su fundamento y su fin. El futuro de la democracia es, por cierto, la asunción de la democracia como futuro, lo cual incluye la necesidad de profundizarla, de mejorar su calidad, de recuperar los derechos perdidos y vulnerados, de incluir nuevos derechos y ampliar ciudadanías, creando nuevas instituciones regionales, ínter y transnacionales capaces de responder a los desafíos de la globalización, ampliando los espacios públicos y muy especialmente promoviendo nuevas relaciones entre sociedad civil, Estado y mercado a fin de garantizar el ejercicio de la soberanía popular.

Referencias

Jürgen Habermas. *Facticidad y validez*, Madrid, Tecnos, 1998. - Jürgen Habermas. *La inclusión del otro. Estudios de Teoría Política*, Barcelona, Paidós, 1999. - Thomas McCarthy. "On reconciling cosmopolitan unity and national diversity", Conferencia de la Asociación Americana de Filosofía, Sección Central, Chicago, abril de 1998. - John Rawls. *Teoría de la justicia*, Madrid, Alianza, 1980. - Giovanni Sartori. *Teoría de la democracia*, Madrid, Alianza, 1988. - Amartya Sen. *Desarrollo como libertad*, Barcelona, Planeta, 2000.

Norma social

Celina Lértora (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

Si adoptamos una noción amplia de norma, entendiéndola como pauta de conducta considerada obligatoria por un sujeto, vemos que existen diversas esferas en que funcionan dichas pautas, esferas que son diferentes aunque interconectadas. Sin intención de exhaustividad, podemos hablar de la esfera jurídica, social, cultural, religiosa, ética y técnica. En cada una de ellas el carácter de las normas, así como la fuente, el alcance y la perentoriedad de la obligación que determinan es distinta. Aplicando la consabida distinción kantiana, podríamos decir que la mayoría de ellas son heterónomas, salvo la ética y en cierto modo la cultural y la estética (que serían autónomas). Es decir, son normas que no se cumplen por una finalidad ínsita en las mismas, sino porque mediante ellas se obtiene (o se evita) un resultado, tomando la forma de un condicional: si se quiere x, hay que hacer y (tal como lo señala Kelsen para las normas jurídicas). Las normas sociales tienen una estructura condicional similar a las jurídicas, pero se diferencian en que carecen del elemento fundamental de estas que es la coacción. Por otra

parte, tienen su origen en la costumbre, es decir, en la estructura social de conducta modelo-seguimiento, como ha señalado Werner Goldschmith. Pueden caracterizarse, en consecuencia, como pautas de conducta con asentimiento espontáneo por parte considerable o mayoritaria de una comunidad, basadas en valores compartidos y constituidas por conductas –seguimiento de modelos valiosos del pasado (elemento tradicional) que se transmiten de generación en generación a través de los canales de socialización y educación formales e informales, y cuyo incumplimiento acarrea al sujeto alguna desventaja social más o menos precisa, a la que se denomina sanción social–. Las sociedades altamente homogéneas poseen sanciones sociales más especificadas y en general de mayor peso para el individuo, en forma de privación de beneficios sociales que en los casos extremos conduce a la exclusión del grupo. El aislamiento social determinado por el incumplimiento de las pautas sociales configura una coacción psicológica, consciente o inconsciente, que determina al individuo a adaptarse a las normas sociales. Por otra parte, el inadaptado, el que no cumple con las normas sociales vigentes, también puede ser considerado, en algunos casos, como iniciador de una nueva conducta modelo y generar seguimientos que producen la formación de grupos contraculturales y provocan a veces rupturas sociales.

El cambio de pautas de conducta en una sociedad puede ser lento o rápido, según el tipo de sociedad; es más lento en las antiguas y más rápido en las actuales. A su vez, en las sociedades pluralistas, las normas sociales vigentes y coexistentes pueden ser contradictorias y producir situaciones de conflicto en que se requiere un elemento de mediación social. Diversas teorías éticas han elaborado mecanismos de resolución racional de conflictos entre pautas sociales, basados fundamentalmente en un diálogo racional que tienda a maximizar las convergencias y minimizar las divergencias. Las apelaciones a la tolerancia como valor social compartido que posibilita la coexistencia de pautas de comportamiento diferentes en el seno de una misma sociedad han cobrado particular importancia en el mundo actual globalizado, pero que carece de un sistema normativo jurídico coactivo eficaz para impedir los estallidos de violencia entre quienes no comparten pautas y consideran inaceptables las diferentes. La construcción de una identidad social que acoja en su seno diversas y hasta contrapuestas normas sociales es un problema para el cual no hay por el momento respuestas teóricas suficientes. Las mayores divergencias se dan en esferas de alta sensibilidad como las convicciones religiosas (y los regímenes de vida que organizan y exigen las diferentes religiones), la familia, la salud y la educación. A su vez, la interrelación de estas esferas multiplica las situaciones de conflicto potencial entre los distintos sectores sociales. Las soluciones pragmáticas y puntuales de estos conflictos son, por el momento, una preocupación prioritaria para los organismos de conducción social y política, así como para los profesionales que trabajan en dichas esferas, como los terapeutas, los educadores y los comunicadores sociales.

Referencia

Arthur F. Utz. *Ética social*, Madrid, Herder, 1960.

Exclusión social

Fermin Roland Schramm (Brasil) - *Fundación Oswaldo Cruz*

Conceptualización. El concepto de *exclusión social*, introducido en las ciencias sociales por Lenoir (1976) para indicar los grupos de individuos y poblaciones excluidos del desarrollo, se refiere, en el mundo contemporáneo, a la condición humana de individuos y colectividades pertenecientes a sociedades en creciente ruptura de cohesión social y, consecuentemente, de marginación, también creciente, de personas y grupos sociales. Eso es así, después de la vigencia de una relativa asistencia e integración hecha por el llamado Estado de Bienestar, legitimado por su función esencialmente protectora en la mayoría de las sociedades democráticas occidentales durante los años sesenta-ochenta del siglo XX, gracias a políticas públicas compensatorias y de promoción de la calidad de vida y de la ciudadanía. La exclusión social es, por ende, un problema real enfrentado por personas y grupos sociales, que puede ser objeto de acciones políticas concretas de los Estados o de movimientos sociales organizados y con poder, pero es también objeto de conocimiento producido por varios ámbitos de las ciencias humanas y sociales. En particular, es objeto de estudio de las éticas aplicadas y de la bioética, pudiendo, en retorno, servir para orientar y legitimar las propias políticas sociales, de acuerdo con algún sistema de valores vigente o –dicho de manera más realista– fruto de algún acuerdo entre agentes de sistemas de valores diferentes y en conflicto (como es el caso en la mayoría de las sociedades democráticas y pluralistas). Como objeto de estudio constituye uno de los temas transdisciplinarios más discutidos en ética, en política y en el campo de las ciencias humanas y sociales en general, en el cual se relaciona con otros conceptos, tales como daño, pobreza, marginación, capacidades, funcionamiento, acceso a los servicios de salud, mercado de trabajo, educación, distribución de recursos, calidad de vida, justicia, equidad, solidaridad, responsabilidad, ciudadanía, democracia, protección, libertad negativa, agente y paciente moral,

Derechos Humanos, cultura de los límites, Estado de Bienestar, y globalización. La exclusión social puede caracterizarse como una forma de carencia referente a varios aspectos de la vida humana: material, psíquica, familiar, social y cultural, con varios grados de impacto sobre el bienestar de personas, poblaciones, naciones y regiones enteras del planeta. Puede referirse, por ejemplo, a la falta de acceso a derechos humanos formales (como el reconocimiento ciudadano en el caso de los "sin papeles") o a los Derechos Humanos fundamentales como el derecho a la vida, a la alimentación, a la salud, a la habitación, al trabajo, a la protección, a la educación y a la cultura. O a la pobreza y a la miseria, al desempleo prolongado, a la falta de cobertura por servicios sanitarios y más carencias que, directa o indirectamente, impiden a las personas y grupos sociales el ejercicio efectivo de su ciudadanía, como la participación en las decisiones económicas y políticas que le dicen respeto y afectan de manera significativa su calidad de vida. Hoy la exclusión social atañe a la mayoría de la población mundial y tiende a aumentar tanto en sociedades del mundo "desarrollado" como del "subdesarrollado"; o sea, atañe no solamente a las sociedades así llamadas dependientes (o en desarrollo), sino también a las sociedades posindustriales y posnacionales, como muestran los principales indicadores nacionales e internacionales; y pudiendo agravarse en el futuro, debido a nuevos problemas emergentes, como los referentes a la calidad del medio ambiente y a la disponibilidad de recursos. Del punto de vista moral, la exclusión es actualmente un indicio de transformación de la identidad del ciudadano –entendido en principio como agente moral y político integrado– en paciente moral, desamparado y no integrado (Veca, 2005), a quien faltan las condiciones necesarias para poder ejercer sus capacidades y funcionar en la toma de decisiones sobre la vida personal y en común (Sen, 2004). Desde un punto de vista moral y político, la exclusión social está vinculada a la *cultura de los Derechos Humanos* y se refiere a las varias generaciones de derechos: a los *derechos de primera generación* (o individuales), a los *derechos de segunda generación* (o "sociales") y a los *derechos de tercera generación* (que pueden incluir los "derechos ambientales" y los de las "generaciones futuras").

Cultura de derechos y Estado de excepción. Para Bobbio (1990), la creencia en los Derechos Humanos delineó históricamente la "era de los derechos", gracias a un consenso establecido sobre el derecho a la protección y a la tutela contra el mal, siendo, en eso, fruto de los valores del Iluminismo europeo que produjo la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y las otras declaraciones referentes a los varios ámbitos de la vida a ser protegidos o tutelados. Pero, actualmente, la *cultura de los derechos* está siendo –directa o indirectamente– cuestionada por la así llamada crisis del Estado-Providencia (que algunos críticos liberales califican negativamente como Estado-Niñera). Eso implica una transformación o deconstrucción de los mecanismos de protección de los ciudadanos y de los justificativos que presidieron a su instauración, tanto en el sentido de un desmontaje de las razones en pro de su existencia como en el sentido concreto de un desmantelamiento de las propias redes de la asistencia (eventualmente recuperadas en parte por organizaciones no gubernamentales y por comunidades autoorganizadas de ciudadanos). Dicho más claramente, la crisis del Estado de Bienestar implica (de forma cada vez menos subrepticia) un Estado de excepción que, de acuerdo con Agamben, constituye una especie de "*guerra civil mundial*", "*un umbral de indeterminación entre la democracia y el absolutismo*" (Agamben, 2003), visto que, con él, se debilitan cada vez más los principios fundamentales de la cultura política occidental y el procedimiento iluminista de la separación de los poderes, en vista de la progresiva absorción, por el poder ejecutivo, de las prerrogativas del poder legislativo. En suma, el Estado de excepción se estaría volviendo un "paradigma" constitutivo tanto del orden jurídico como de gobierno, con dimensiones globales, que podemos caracterizar, en particular, por aquella que llamaré *cultura de la exclusión*.

Exclusión social, bioética y distribución de recursos. Por eso, la práctica de la exclusión social puede ser un objeto pertinente de la bioética, considerando que esta se ocupa, tanto del punto de vista descriptivo como del normativo, de las prácticas humanas que pueden afectar, de manera sustantiva, a terceros. De acuerdo con la literatura producida por bioeticistas en América Latina, sobre todo desde los años noventa del siglo XX, uno de los ámbitos más polémicos en que el problema de la exclusión social aparece constantemente, es el de la salud pública. En particular, referido a la problemática compleja de la distribución de recursos, en la cual interactúan muchas variables, como la económica, la política, la social, la internacional, la tecnocientífica y la ambiental, razón por la cual el problema de la exclusión social, en conjunto con la situación del Estado de Excepción, asume la connotación de una especie de mal radical, y no meramente contingente, una dimensión identitaria no eliminable de nuestra especie (Todorov, 2000). Desde el punto de vista práctico, la distribución de recursos –y sus políticas de inclusión y exclusión– son medios de una estrategia sanitaria que debe, necesariamente, tener en cuenta dos objetivos en tensión entre sí: a) determinar fines deseables, legítimos y razonables

(como prevención de la enfermedad y promoción de la salud), que deben ser congruentes con datos epidemiológicos fidedignos, los avances de la biotecnociencia y la contingencia de los recursos existentes; b) tener en cuenta las necesidades reales y los deseos razonables de los ciudadanos, en principio bajo su protección. En este contexto, extremadamente complejo y conflictivo, todo sistema sanitario debe enfrentar también un doble desafío, con fuertes implicaciones morales y éticas: c) decidir cuáles necesidades y deseos son legítimos y merecen, por lo tanto, ser atendidos; d) tener que optimizar sus recursos, considerados (de manera casi consensual) finitos y escasos. En otras palabras, las cuestiones de la distribución equitativa de los recursos disponibles y de la implementación de políticas públicas de inclusión-exclusión social implican tener que encarar seriamente la inevitable cuestión de imponer límites a las demandas sanitarias (Callahan, 1990). En suma, se debe encontrar una solución que sea, al mismo tiempo, pragmáticamente viable y socialmente aceptable; es decir, enfrentar la *racionalización* de los recursos existentes.

Racionalización de recursos y razón ética. Desde un punto de vista pragmático, la racionalización tiene necesariamente un aspecto instrumental, que dice respeto a la optimización de la relación entre medios y fines, y que puede incluir aspectos financieros-económicos, de seguridad y bioseguridad, de ponderación entre probabilidades de riesgos y beneficios, pero, sobre todo, de cálculo de daños y beneficios comprobados, pues son daños y beneficios que, de hecho, afectan la salud y el bienestar. Pero, desde el punto de vista pragmático, con el término racionalización se puede comprender no solo el aspecto instrumental de la razón, sino también su aspecto dialógico o comunicacional (de acuerdo con una tradición filosófica que surge con los *Diálogos* de Platón y llega hasta hoy con los trabajos sobre el "actuar comunicativo" de Jürgen Habermas), o sea, el aspecto propiamente ético, que se refiere, justamente, a estructuras imaginarias y simbólicas humanas, que siempre implican una relación entre el *yo* y el *otro*, entre *agentes* y *pacientes* morales en el interior de un sistema de valores que contenga algún parámetro de justicia y equidad para orientar las decisiones que puedan "*incluir el otro*" (Habermas, 2002). Siendo así, en la problemática de optimización referida a la distribución de los recursos existentes, hay una tensión entre la *razón instrumental* y la que llamaré *razón ética*. De hecho, el problema de la distribución de los recursos vinculado a la ética tiene antecedentes históricos, pues la racionalización siempre fue hecha en nombre de alguna concepción de equidad. Inicialmente fue comprendida, de forma limitada y "residual", como caridad o acción beneficiente por organismos públicos y/o religiosos, o sea, *limitando la exclusión social*. Después, como consecuencia de luchas políticas para el acceso a nivel nacional y con la implementación de los sistemas nacionales de acceso a los servicios de salud, en principio "universal", para toda la población de una nación (André, 2001), es decir, intentando *eliminar la exclusión social*. Actualmente, con el cuestionamiento del paradigma del Estado de Bienestar y la Globalización Excluyente, el modelo universalista está seriamente en controversia, por ser considerado cada vez más en crisis debido a los costos en aumento y al peso creciente de las políticas sanitarias en los presupuestos nacionales y/o en los bolsillos de cada ciudadano. Eso implica, inevitablemente, debatir sus propias finalidades, tanto en términos operacionales como en términos éticos y políticos. Se cuestiona, por ejemplo, si el sistema sanitario *debe* y *puede* hacer frente a todas las consecuencias de la transición epidemiológica, del desarrollo biotecnocientífico y a su incorporación en los sistemas de asistencia a la salud, o si, al contrario, la cobertura solo puede y debe ser parcial, de acuerdo con parámetros fidedignos y aceptables por cualquier ser razonable, esto es, en sustancia incorporando alguna forma de exclusión social. Dicho de manera más clara, se pregunta si el sistema sanitario debe, equitativamente, suministrar (de acuerdo con los recursos existentes) un conjunto de servicios al mayor número posible de personas y grupos (o a todos), o si, al contrario, debe suministrar prácticamente todos los servicios existentes y disponibles a un número restringido de personas y grupos necesitados. En el primer caso tendremos una "exclusión" de medios en pro de una inclusión de personas o pacientes; en el segundo, una "exclusión" de personas y grupos poblacionales en pro de una inclusión de medios; o sea, una limitación de servicios disponibles en el mercado, por un lado, o una limitación en el acceso, por otro lado. Una tercera posibilidad sería la de disponer de recursos ilimitados, lo que es considerado por muchos una no solución porque es utópica y no realizable. De hecho, el modelo que varias sociedades democráticas adoptan se sitúa entre las dos primeras opciones, ponderando los dos tipos de exclusión y los costos sociales de esta toma de decisión en el contexto de la mayor o menor abundancia de recursos disponibles. Así, en los periodos de relativa abundancia, la tendencia será la de vincular la distribución de recursos y, consecuentemente, las políticas de inclusión-exclusión a la mera relación de *eficacia*, esto es, evaluando los medios empleados de acuerdo con parámetros que permitan decir si ellos pueden alcanzar los objetivos deseados. Ya en los periodos de relativa escasez, lo que se vuelve pertinente es sobre todo

la *efectividad*, que integra en su cómputo los costos de medios a ser empleados, esto es, "*el esfuerzo consentido (costos financieros y humanos) para alcanzar el resultado*" deseado, siendo que el medio más efectivo será aquel que permite alcanzar un objetivo comparable y al menor costo financiero y social (André, 2001). Pero, de cualquier manera, lo que está en cuestión en la exclusión social –ejemplificada aquí por la referencia al problema de la distribución de recursos– es siempre la *equidad*, o sea, la forma concreta que una sociedad determinada elige para poder ser considerada justa. El problema de la exclusión social es, en conclusión, un desafío para la bioética y para el mundo, instado a escoger entre civilización y barbarie.

Referencias

G. Agamben. *État d'exception. Homo sacer,* II, 1, París, Éditions Gallimard, 2003. - J. Andre. "Allocation de ressources", en G. Hottois & J. N. Missa (orgs.), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, De Boeck, 2001, pp. 54-56. - N. Bobbio. *L' era dei diritti*, Torino, Editore Einaudi, 1990. - D. Callahan. *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, Washington, Georgetown University Press, 1987. - J. Habermas. *La inclusión del otro: estudios de teoría política*. Barcelona, Paidós, 2002. - R. Lenoir. *Les Exclus,* París, Éditions du Seuil, 1976. - A. Sen. "Elements of a Theory of Human Rights", *Philosophy and Public Affairs*, 32(4): 315-356, 2004. - T. Todorov. *Mémoires du mal, tentation du bien,* París, Robert Laffont, 2000. - S. Veca. *La priorità del male e l'offerta filosofica*, Milano, Giangiacomo Feltrinelli Editore, 2005.

Discapacidad

Carlos Eroles (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La invisibilidad: una cuestión de Derechos Humanos. Entendemos por discapacidad una situación de desventaja originada en causas físicas o psíquicas, que limitan el funcionamiento en sociedad de las personas. Sin embargo, estas circunstancias desfavorables pueden revertirse, total o parcialmente, si las personas con discapacidad pueden contar con los apoyos culturales, psíquicos, comunicacionales y físicos necesarios para lograr una mejor calidad de vida y superar los obstáculos que impiden su desempeño adecuado en el transporte, la educación, los servicios de salud, el trabajo, la universidad, el deporte, el arte o cualquier otro ámbito de realización humana. El desarrollo de este concepto de discapacidad evita hacer referencia a ella, en oposición a un presunto concepto de "normalidad psicofísica", como lo hacen algunas normas con vigencia en Argentina (Ley 22.431, Ley 25.280). Debe cuestionarse este concepto de normalidad, que es muy difícil de definir en el campo social y que no puede reducirse al campo de las diferencias existentes entre las personas "integradas" en la sociedad y las personas con discapacidad. También se rechaza, por considerarlo inadecuado, apelar a denominaciones curiosas que, en algún caso, han sido elegidas por la Constitución y la legislación vigente, como en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ellas son nominadas allí como "personas con necesidades especiales" o "personas con capacidades diferentes", que difícilmente resistirían una confrontación semántica. Muchos los consideran "conceptos cómplices" que intentan "invisibilizar" como diferentes a las personas con discapacidad. La discapacidad solamente puede ser hoy conceptualizada, de manera adecuada, desde el concepto de diversidad, entendido como el derecho de todos los seres humanos a ser reconocidos en su igualdad fundamental, que surge de su dignidad esencial, cualquiera sea su ideología, su origen étnico, su situación psicofísica, su género, su edad o su opción sexual. Es decir, de lo que se trata es de definir la discapacidad, no centrándose en las desventajas, sino en las posibilidades actuales y futuras de las personas que la afrontan, en cualquiera de sus perspectivas. Por ello, desde el punto de vista social y de Derechos Humanos, no importa tanto qué tipo de discapacidad se porta, sino la condición de persona igual en dignidad y derechos de todo discapacitado. En esta misma conceptualización, y discutiendo los modelos lanzados por la Organización Mundial de la Salud, resulta inconveniente aludir a las personas con discapacidad como "minusválidos", dado que este término fue acuñado históricamente desde el mercado y es desde allí que se considera inválidas o minusválidas a las personas con discapacidad, es decir se les asigna un menor valor para el desarrollo de actividades productivas. Otro tanto ocurre con algunas categorías jurídicas que se refieren a estas personas como "incapaces", concepto que hace referencia a su desempeño en la vida social y jurídica, menospreciando a este respecto todo lo que hace a una visión afectiva y a la dignidad humana de "*todo el hombre y de todos los hombres*". En rigor, este tipo de conceptos no pueden reducirse al campo de una disciplina, sino que requieren una visión transdisciplinaria en su aplicación actual. Frente a la invisibilidad de las personas con discapacidad, develar significa hacer visible lo que está oculto. La mención viene a cuento por la lucha que han iniciado las organizaciones que integran lo que podría considerarse "un nuevo movimiento social" cuyo objetivo es romper con la naturalización de la invisibilidad y con el incumplimiento de la normativa vigente, que obstaculizan notoriamente el ejercicio de sus derechos a las personas con discapacidad. Por eso es bueno comprobar que las personas con discapacidad, sus familias y los profesionales de

las instituciones dedicadas a una tarea asistencial participan y formulan demandas de justicia frente a la interrupción de prestaciones indispensables. La discapacidad es tanto una cuestión de Derechos Humanos como un tema que amerita su inclusión en la agenda pública. Es decir se trata de un tema político y una cuestión socialmente significativa, que las agencias públicas y las organizaciones no gubernamentales tienen el deber de sustentar. Alguien, en relación con la Convención de los Derechos del Niño, dijo: *"Los niños son buenos para la democracia"*, porque, al ser concebidos como sujetos de derecho, extienden el concepto de ciudadanía. Las personas con discapacidad también son buenas para transformar la democracia en participativa y firme en la defensa de los derechos de todos los seres humanos y en especial de los que tienen más dificultades o limitaciones. Se trata de construir juntos, para todos y todas, nuevos espacios de inserción y desarrollo humano.

Problemas de las personas con discapacidad. Los serios problemas que deben afrontar las personas con discapacidad plantean diversas cuestiones éticas. 1. Accesibilidad física: lo que tiene que ver con la ausencia de barreras arquitectónicas que obstaculicen o impidan la autonomía de las personas con discapacidad (motriz o baja talla) o movilidad reducida (teniendo en cuenta que hay muchas personas con movilidad reducida transitoriamente: embarazadas, traumatizados, etc.). 2. Accesibilidad sensorial: lo que tiene que ver con el respeto a las diferencias de aquellas personas que por problemas de visión o audición requieren una comunicación especial (señas, braille) o señales (carteles escritos, luces o sonido, según los casos). 3. Accesibilidad cultural: lo que requiere la superación de aquellas actitudes o prejuicios que limitan las posibilidades reales de ejercicio de la ciudadanía por parte de las personas con discapacidad. Tal el caso de la discriminación, quizás el obstáculo más serio que afronta el colectivo de la discapacidad, por su práctica extensión y presencia en todas las esferas de la vida social. La utilización de términos que definen algunas discapacidades, como expresión insultante y peyorativa (mongólico, ciego, sordo, rengo, etc.); el rechazo al contacto con las personas con discapacidad, así como a su inserción educativa o laboral; la invisibilidad, casual o deliberada, para "evitar" a la persona con discapacidad o la actitud de indiferencia a su respecto; el paternalismo o el trato conmiserativo, que rompe la igualdad, son algunas de las formas de discriminación más frecuentes. 4. Accesibilidad al ejercicio pleno de los derechos: este es un problema común para muchos sectores sociales privados del ejercicio de sus derechos por incumplimiento de la ley o por diversos obstáculos culturales que dificultan o impiden el acceso. 5. Trabajo*:* ha surgido una discrepancia notoria en relación con el trabajo de las personas con discapacidad en condiciones de trabajar. Para muchas organizaciones no gubernamentales más del 90% de las personas con discapacidad en condiciones de trabajar carecen de trabajo. Sin embargo, la Encuesta Nacional sobre Discapacidad, del año 2004, estima esta cifra en alrededor de un 13%, guarismo menor que el de la desocupación del resto de los trabajadores. Hay muchos motivos para objetar esta cifra. El "error" cometido por el Indec y el comité asesor que validó la encuesta debe atribuirse a estimar el mismo tipo de comportamiento en las personas con discapacidad que en el resto de los trabajadores. El tema exige un análisis serio y objetivo que permita descubrir las razones de lo que constituye un evidente error. Las causas más frecuentes de desocupación entre las personas con discapacidad serían: prejuicio de empleadores privados, incumplimiento del cupo establecido por la ley (4%) por parte de las agencias públicas, incomprensión de los funcionarios públicos, falta de reglamentación de la ley 25.689, que extiende a las empresas privatizadas y concesionarias de servicios públicos el cupo del 4% para personas con discapacidad, inadecuación de las condiciones de trabajo, falta de transporte adecuado. 6. Educación: no se ha avanzado en materia de educación inclusiva, por prejuicio, falta de infraestructura adecuada, falta de auxiliares y de docentes integradores. Algunos autores señalan como un problema lo que llaman una excesiva estratificación de la enseñanza especial, lo que llevaría a una situación de aislamiento a quienes participan en ella. Otros problemas que afectan a las personas con discapacidad son: la falta de transporte adecuado y el prejuicio de las otras familias y de la propia familia respecto de la aceptación de chicos con discapacidad en las escuelas. 7. Salud: en relación con los servicios de salud, hay una cantidad de obstáculos y barreras que limitan la accesibilidad, tales como la insuficiencia de los servicios de rehabilitación, su inadecuada distribución geográfica, la irresponsabilidad de muchas obras sociales que niegan prestaciones establecidas legalmente; el predominio del modelo médico sobre el modelo social y, finalmente, la existencia de problemas en la entrega gratuita de medicamentos para ciertas afecciones propias de la discapacidad. 8. Discapacidad y pobreza: la discapacidad unida a la pobreza y a la exclusión social se torna un problema difícil de afrontar. Puede ser considerada una de las causas principales de la exclusión social. Cuando la discapacidad está asociada a la pobreza, generalmente se profundiza la situación de carencia de recursos para garantizar una rehabilitación, una educación y una calidad de vida adecuadas. Una

de las barreras principales que afectan a las familias es su desinformación sobre las posibilidades abiertas para el tratamiento de las personas con discapacidad. 9. Situación marginal de la Conadis: la Comisión Nacional para la Integración de las Personas Discapacitadas (Conadis) debería ser el organismo rector en materia de políticas públicas para la promoción humana y social de las personas con discapacidad. Sin embargo, presenta fuertes obstáculos en su labor, en parte fruto de un desconocimiento de muchas áreas del Estado respecto de la significación y relevancia de la comisión, en parte por la actitud de algunos sectores de gobierno que manifiestan su desacuerdo con las autoridades de la Conadis, sin aportar ni a su fortalecimiento ni a la renovación del organismo.

Referencia

Carlos Eroles, Carlos Ferreres (comps.). *La discapacidad: una cuestión de Derechos Humanos,* Buenos Aires, Espacio Editorial, 2002.

Espacio público

Nora Rabotnikof (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

El lugar accesible de lo visiblemente común. La noción de espacio público ocupa un lugar central en las teorías y aspiraciones democráticas contemporáneas. Algunos lo consideran sinónimo de vida pública; otros, condición de civilidad. En principio, pareciera que tres sentidos tradicionalmente asociados al adjetivo público convergen en las diferentes caracterizaciones que se hacen del espacio público. En primer lugar, existe una prolongada tradición que asocia lo público con lo que es común y general, en contraposición a lo privado, entendido como lo individual y lo particular. Así, se habla de interés público en contraposición al interés privado, de bien público, etc. En este primer sentido, público alude a lo que es de interés o de utilidad común a los miembros de la comunidad política, lo que atañe al colectivo y por derivación a la autoridad que de allí emana. Según esta primera acepción, público se volverá progresivamente sinónimo de político. Una segunda acepción hace referencia a lo público como lo que es visible y ostensible, manifiesto y sabido, en contraposición a lo oculto y lo secreto. Este segundo sentido del adjetivo público no coincide en su aplicación con el primero. Una cuestión puede hacer referencia a la dimensión privada (no común y general, en el primer sentido) de un individuo o grupo y, sin embargo, ser pública en el sentido de sabida, conocida. Y, a la inversa, la autoridad pública puede ocultarse, desenvolverse en secreto, ejercerse de manera privada. El principio ilustrado de publicidad recogerá básicamente este segundo sentido. Un tercer sentido remite en cambio a la accesibilidad y la apertura, en contraposición con la clausura. Se habla así de paseos públicos, lugares públicos, haciendo referencia a un elemento de disposición o de acceso común. Este tercer sentido tampoco ha coincidido históricamente con los anteriores: los procesos electorales antes del sufragio universal eran públicos en el sentido de colectivamente vinculantes y legitimatorios de la autoridad pública, pero los procedimientos de expresión no eran colectivamente accesibles o abiertos al conjunto de la población. Cuando se invoca hoy la necesidad de fortalecer, consolidar o abrir un espacio o espacios públicos, los tres sentidos asociados al adjetivo parecen converger. Se hace referencia tanto a los lugares comunes, compartidos o compartibles (plazas, calles, foros) como a aquellos espacios en los que aparecen, se dramatizan o se ventilan, entre todos y para todos, cuestiones de interés común. Pero, ¿cuál es ese lugar? ¿Hubo, hay o puede haber un lugar donde lo común y lo general coincida con lo visible y manifiesto y que al mismo tiempo sea potencialmente accesible a todos?

Estado, sociedad civil y espacio público. Durante mucho tiempo, en la teoría y en las prácticas cotidianas, ese lugar de lo común y lo general se identificó con el Estado, en tanto actor institucional privilegiado en los procesos de desarrollo económico, de promoción social y de garantía jurídica. Del mismo modo, se hacía alusión al Estado como referente simbólico más o menos común que orientaba los procesos de socialización (educación pública), de pertenencia ciudadana y de integración simbólica, y en tanto monopolio de la violencia legítima y de la legalidad común. Es decir, al Estado como sustrato público-legal, garantía de los derechos individuales y de la dimensión privada. Esta identificación de lo público con lo estatal entró en crisis a partir de diferentes críticas (identificación entre Estado y Estado autoritario, crítica a la ineficiencia, etc.). Se produjo entonces, en el debate político y político-académico, un desplazamiento hacia la sociedad civil. Era allí donde podía localizarse ese espacio de lo público como lugar de lo común y general, de lo visible y de lo abierto. Así, la sociedad civil se convirtió en una instancia, diferenciada del Estado y del mercado (pese a algunas confusiones iniciales que volvieron a encontrar en el mercado la anatomía de la sociedad civil), en un lugar donde confluyen los individuos y las asociaciones en su carácter privado para tratar o construir problemas públicos. Pero posteriormente se produce un nuevo desplazamiento en esa búsqueda en el plano normativo. Así, a las diferentes críticas a la identificación entre sociedad civil y espacio público, siguió

una representación que vino a identificar el espacio público con el núcleo depurado de la sociedad civil, que mantiene su carácter de lugar alternativo al Estado. Se subraya en este caso la posibilidad de consenso frente a la fragmentación, la visibilidad y la transparencia frente a la negociación privada, la actuación y participación ciudadana frente al monopolio decisional, el énfasis en lo general frente a la eclosión de los intereses particulares.

Concepciones del espacio público. De manera paralela a los cambios en la ubicación histórica del espacio público, desde la teoría diferentes caracterizaciones articularon de distinta manera rasgos descriptivos y evaluativos. En algunas versiones, el espacio público ha devenido sinónimo de esfera pública, es decir, una noción que conserva su raigambre ilustrada y que se instituye como reunión de los privados en calidad de público para argumentar y razonar en torno a cuestiones de interés común (Habermas) y como instancia ligada a la racionalización del ejercicio del poder a través de la argumentación moral y jurídica. Para otros, el espacio público se liga a otro concepto controvertido: opinión pública, y se lo piensa como circuito abstracto de comunicación, estructurado a partir de la constitución de temas públicos. Estos circuitos de comunicación política permiten reducir de este modo la complejidad de lo posible jurídica y políticamente. En ambos casos, el espacio público moderno se piensa en relación con la circulación de la comunicación política (y de allí el énfasis en la reflexión sobre el papel de los medios de comunicación), en tensa relación con la decisión política y la legalidad (ya sea como formación de una voluntad y opinión racionales, ya sea como reducción del abanico de sentido de la decisión) y en tensa relación con las preocupaciones del ámbito privado.

El espacio público en América Latina y los temas de la bioética. Los estudios sobre la historia y transformación del espacio público en América Latina se pueden ordenar básicamente en torno a tres ejes. El primero refiere a la perspectiva del urbanismo, con énfasis en un concepto directamente espacial-social. Alude así a las transformaciones urbanas y el énfasis está puesto tanto en el predominio de la informalidad y precariedad del empleo como en las transformaciones tecnológicas que suponen modificaciones importantes en la distancia y las relaciones entre individuos y grupos. En segundo lugar, una línea que refiere al espacio público entendido como circuito de comunicación estructurado por los medios y por redes informales de comunicación en los que se forma la opinión y la sensibilidad ante ciertos problemas. En tercer lugar, una línea que apunta a la transformación de las demandas ciudadanas, a nuevas formas de participación y, a partir de los procesos de reforma del Estado, a los problemas de la descentralización de competencias y responsabilidades. En relación con los temas y problemas de la bioética, los tres ejes de análisis sacan a la luz tanto los cambios en la relación entre regulación estatal y economía de mercado como, de manera más importante, la tensión entre reglamentación legal y política y autonomía del ámbito personal privado. En ese sentido, se suele hablar de una expansión horizontal del espacio público de comunicación (que incluye cada vez más temas referidos a las llamadas políticas de la vida: aborto, medio ambiente, eutanasia, salud pública) así como de una importante desestabilización de los significados asociados a la dicotomía público-privado. La relación entre las formas de aparición en el espacio público (formas de construir los temas, acceso a la discusión pública, pluralismo de las opiniones, extensión del debate) y de decisión política y jurídica guarda correspondencia con las características del sistema político de cada país latinoamericano (recurso al plebiscito, decretos, discusión parlamentaria, formación de una opinión pública informada), con los actores que en cada caso tienen acceso y voz en el espacio público de comunicación y, más en específico, con las maneras en que estos actores interesados formulan o construyen los problemas en el circuito de comunicación pública.

Vida y vivir

1. Ciclos vitales

La vida de la que se ocupa la bioética no es, simplemente, el estado de actividad de los seres orgánicos. Y esto aunque a la bioética le interesen todos los seres vivos y no solo el ser humano. Pero este supone una particular preocupación de la bioética en tanto es el único ser vivo que se considera puede tener conducta moral, aunque se haya demostrado que los primates muestran pautas de comportamiento que han hecho pensar que las mismas hayan sido precursoras de la moralidad humana. Por eso es que la vida del ser humano, muy especialmente en su condición de persona entendida por la naturaleza racional que hace posible a un individuo pasar del 'es' al 'debería', es de particular interés para la bioética. Y así la vida es también el espacio de tiempo que transcurre entre el origen y la muerte de ese ser vivo que es el animal humano. Ese espacio de tiempo a veces resulta suficientemente extenso en las personas como para poder describir distintas etapas en el mismo según sea su modo de expresión. Se trata de los 'ciclos vitales' en tanto expresan algún modo regular de expresión en la vida del individuo humano: la niñez, la adolescencia, la adultez, la vejez. Y de esa manera la vida humana puede ser vista como el vivir humano. Pero así como esos modos de vivir que son los ciclos vitales van asociados fuertemente al despliegue cronológico en la vida de alguien, hay modos de vivir que se definen por otras características que la de la edad. Un ejemplo de ello es la pobreza (v.), que cualquiera sea la forma en que se la defina, puede atravesar todos y cada uno de los ciclos vitales. La vida de la que trata la bioética es entonces, también, el modo de vivir o la conducta con relación a las acciones de los individuos racionales que interactúan en sociedad (v.). La pobreza, como la riqueza, no son más que fenómenos que resultan de esas interacciones. A la bioética le corresponde ocuparse de la corrección o incorrección de las relaciones entre los seres humanos en tanto seres racionales, y no en tanto meros seres biológicos reducidos a objeto de la ciencia y de la técnica. Por eso es que la negación radical y absoluta de la vida y el vivir de los que se ocupa la bioética tiene su expresión en la desaparición forzada de personas (v.).

Niñez y adolescencia. En los problemas bioéticos de los ciclos vitales de la niñez y la adolescencia es necesario tener en cuenta la gran diversidad existente entre los países de América Latina. Una cuestión es la diversidad antropológica (v. *Antropología y niñez*). Pero, además, el crecimiento y desarrollo (v.) no tiene las mismas características en toda la región. Las condiciones de salud en países como Argentina, Uruguay, Chile, Cuba y Costa Rica se aproximan a las de los países desarrollados, mientras que en el otro extremo se encuentran los países más pobres como Haití, Guatemala, Perú, Bolivia y Honduras, entre otros. Por eso, las cifras promedio de la región moderan en realidad grandes diferencias. La esperanza de vida al nacer en América Latina pasó de 52 en el quinquenio 1950-1955, a 67 en el de 1985-1990 y a 70 hacia el año 2000. La tasa de mortalidad infantil descendió de 127 entre 1950-1955, a 55 entre 1985-1990 y a 40 en 2000. Mucho de ese progreso tuvo que ver con una mejor atención del recién nacido (v. *Salud del neonato*). Las dos principales causas de defunción en niños de 1 a 4 años en los países pobres de América Latina son las infecciones intestinales y respiratorias, seguidas por la malnutrición, que afectan al 18% de los niños de 0 a 5 años e inciden no solo como causa directa de muerte sino también como base de las enfermedades infecciosas. Pero esta desnutrición resulta paradójica en una región que se ha insertado en la economía mundial como productora de alimentos (v. *Crisis de seguridad alimentaria; Globalización y mercado de la alimentación*). América Latina tiene 32 jóvenes menores de 15 años por cada 100 habitantes, mientras que América del Norte solo tiene 20. Sin embargo, países como Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua cuentan con un 40% de dicha población, en tanto que Cuba tiene solo un 21%. Para mejorar la expectativa de vida en los países pobres de América Latina se deben evitar entonces la mortalidad infantil y la de los jóvenes. Para una meta de 70 años de esperanza de vida al nacer, por ejemplo, Bolivia, Guatemala y Brasil necesitan que el 50 a 60% de la reducción de su mortalidad se logre en la edad de 0 a 4 años, y del 5 al 10% en la de 5 a 14 años. Aunque algunos países de la región, como veremos, muestran un progresivo envejecimiento de su población, otros tienen que prestar especial atención a los problemas de la infancia (v.).

Adultos y mayores. Algunos países de América Latina tienen indicadores de salud de los adultos y adultos mayores comparables a los de países desarrollados. Esto sucede en Argentina, Chile, Uruguay, Cuba y Costa Rica. El 80% de las muertes a evitar en Argentina, para alcanzar una meta de 75

años de esperanza de vida, debe efectuarse sobre personas de más de 40 años en las cuales predominan las enfermedades circulatorias y los tumores como causa de mortalidad. Un perfil epidemiológico semejante se encuentra en los otros países mencionados. En este grupo, por tanto, los problemas se asocian al envejecimiento de la población y al desarrollo de alta tecnología en atención de la salud. El problema del adulto y el anciano en los países más pobres de América Latina, sin embargo, se encuentra en las enfermedades transmisibles y los accidentes. Un gran porcentaje de las primeras tiene que ver con la contaminación del agua que, aunque afecta especialmente a los niños, también afecta a adultos y viejos como lo demostró hace unos años la epidemia de cólera en la región. Una vez más la estrategia de atención primaria (v.) resulta ser la más adecuada a estas problemáticas. Pero la vejez, siendo también un modo de vivir mediado por la interrelación social, responde a una construcción de cuyos aspectos morales ha de darse cuenta (v. *Construcción social de la vejez urbana y rural*).

El mundo de la vida y los problemas morales. Dice Habermas que al actuar comunicativamente los sujetos se entienden siempre en el horizonte de un mundo de la vida. Su mundo de la vida está formado de convicciones de fondo, más o menos difusas pero siempre aproblemáticas. El mundo de la vida, en tanto que trasfondo, es la fuente de donde se obtienen las definiciones de la situación que los implicados presuponen como aproblemáticas. En sus operaciones interpretativas los miembros de una comunidad de comunicación deslindan el mundo objetivo y el mundo social que intersubjetivamente comparten, frente a los mundos subjetivos de cada uno y frente a otros colectivos. Los conceptos de mundo y las correspondientes pretensiones de validez constituyen el armazón formal del que los agentes se sirven en su acción comunicativa para afrontar en su mundo de la vida las situaciones que en cada caso se han tornado problemáticas, es decir, aquellas sobre las que se hace menester llegar a un acuerdo. El mundo de la vida acumula (aquí estamos considerando que en distintas etapas llamadas ciclos vitales) el trabajo de interpretación realizado por las generaciones pasadas. La acumulación interpretativa puede ser vista como el ejercicio valorativo hecho hábito. El mundo de la vida es un mundo de valores heredados como contrapeso conservador contra el riesgo de disentimiento que comporta todo proceso de entendimiento que esté en curso. El significado de la dignidad de la vida humana ante cualquier disenso, por ejemplo, no puede dejar de ser visto sobre las convicciones de fondo aproblemáticas que ante el mismo se tienen como fuente. Porque si en la acción comunicativa los agentes solo pueden entenderse a través de tomas de postura de afirmación o negación frente a pretensiones de validez susceptibles de crítica, esas posturas, aunque acontecen en el flujo continuo del vivir, se materializan en los ciclos visibles de la vida.

La vida como valor. Los valores nos sirven en su intensidad para diferenciar las normas y el rango posible de su desobediencia. Porque frente a los mismos valores como el de la vida, la identidad o la integridad, podemos tener distintas intensidades valorativas. Es así que ante el valor vida, por ejemplo, podemos exigir un respeto absoluto en tanto derecho humano que signifique la prohibición para el Estado de violarla y que nos obligue a todos y cada uno de nosotros, como es el caso de alguien que muere de hambre. Pero a la vez podemos defender una valoración del respeto a la vida como principio ético sujeto a discusión, no en su sentido universal pero sí en cuanto a su pretensión de obligación en un caso particular, tal como puede suceder ante enfermos terminales que rechazan ser alimentados y en los cuales la libertad cobra más jerarquía como valor. Y finalmente podemos sostener el valor vida como una regla cultural de valoración subjetiva que no tenga pretensión de universalidad en su postulación, y que a la vez sea discutible tanto en lo particular como en su generalidad misma. Una tribu peruana, por ejemplo, siguiendo una tradición Inca no otorga nombre a los niños hasta que estos tienen dos años de edad. La mortalidad es tan alta entre ellos que exponen a los recién nacidos a la intemperie para saber quiénes tienen la fortaleza suficiente para la sobrevivencia. Si logran pasar la noche entonces los alimentan. En otros casos, como el de una tribu brasileña, se comete infanticidio en resguardo de los criterios de sobrevivencia del grupo. Se trata de casos que llevan al límite los supuestos de compatibilidad entre los sistemas normativos indígenas (v.) con los sistemas jurídicos de los estados nacionales y las obligaciones asumidas por los mismos ante el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Pero de esto no se desprende refutación alguna del universalismo ético y mucho menos demostración de triunfo para el relativismo moral, del mismo modo que de los límites de la razón no cabe desprender un supuesto carácter irracional del mundo de la vida.

La vida como derecho humano, principio ético y valor cultural. Los Derechos Humanos expresan en su origen una apreciación de valores y en particular de aquellos valores que tienen mayor altura o densidad o mayor jerarquía; entre ellos, sin duda, se encuentra el valor de la vida (v. *Derecho a la vida*). Estos valores se sustentan bajo la pretensión de su universalidad prescriptiva, esto es, de su condición de atributo jurídico inherente a toda

persona, y de su universabilidad fáctica o pretensión de alcanzar el mayor grado posible de reconocimiento en los hechos, considerando que el mundo de las normas y el mundo de las conductas humanas no son lo mismo. Los derechos humanos, aunque se postulan como prescripciones universales y universalizables, que generan obligaciones tanto en lo general como en lo particular, de todos modos pueden ser discutidos y hasta no reconocidos. De lo que se trata es de precisar en qué consiste la posible discusión de los mismos. Porque, por ejemplo, junto a ellos concebimos los principios éticos como valoraciones que por definición se ubican en una posición de obligaciones universales prima facie y por tanto sujetos a discusión en cuanto a su pretensión de obligación en un caso particular, aunque nunca lo sean en su sentido universal. Y también sostenemos a los valores socioculturales como aquellas valoraciones que no tienen pretensión de universalidad en su postulación y a la vez son discutibles tanto en lo particular como en su generalidad misma. Los valores acerca de la vida y la muerte que postula una determinada comunidad indígena o de otras características consisten, por definición, en valores propios de un grupo con relación a otro (que en el caso de los Derechos Humanos es el Estado-nación). Las comunidades culturales no pretenden universalizar el carácter propio de sus valores porque en ese caso se estarían autodisolviendo como cultura para ser parte de una macrocomunidad englobante de culturas como lo han sido los Estados-nación. Dialécticamente considerado, lo di-verso solo tiene sentido por relación a uno u otro tipo de uni-verso. El universalismo de los Derechos Humanos es aquel universalismo que respeta y promueve la diversidad cultural.

[J. C. T.]

Crecimiento y desarrollo

Horacio Lejarraga (Argentina) - *Hospital de Pediatría Prof. Dr. J. P. Garrahan*

Crecimiento y problemas éticos en pediatría. James M. Tañer fue uno de los principales fundadores de la Auxología moderna (del griego *auxos,* crecimiento). Los indicadores de crecimiento más usados en salud infantil son el peso corporal y la estatura, y la relación entre ambos. El crecimiento es el resultado de la acción de tres grandes factores: el programa genético, el medio ambiente y la interacción entre ambos; de esa manera, es la *vía final común* en la que se expresan las influencias nutricionales, el impacto de las enfermedades y una multiplicidad de factores medioambientales. Es por ello que el crecimiento es un indicador excelente de salud infantil, tanto en individuos como en grupos de población. El fracaso del crecimiento produce baja estatura, que no es en sí una enfermedad, sino un rasgo social, que solo se pone en evidencia en un contexto social. En la sociedad actual hay una sobrevaloración de la belleza física, en la que la alta talla es uno de sus componentes. La presión social hace que los adolescentes tengan más dificultad en construir y aceptar su esquema corporal, demandando así tratamientos o consumo de bienes para lograr una estatura mayor. Esto ocurre solo en algunos sectores sociales y produce una demanda del uso de los conocimientos médicos con otros fines, en este caso estéticos, o psicológicos. Los niños con severo déficit de estatura presentan ante la sociedad lo que los griegos llamaban un *estigma,* que es una característica física socialmente visible, con un significado real o simbólico. Estas diferencias en estatura cobran importancia cuando el niño comienza a ir a la escuela y sufre discriminación por parte de sus compañeros, o por la institución, tal como hemos visto con niños con acondroplasia, que a pesar de tener un cociente intelectual normal son a veces rechazados por algunas escuelas, atentando así contra su derecho a aprender. Ciertas escuelas aducen que "*como son muy bajos y algo desproporcionados, pueden conmocionar a los otros niños*". Sin embargo, y como se ha dicho, "*la existencia de un niño diferente en una escuela, lejos de ser un problema para los otros niños, constituye una oportunidad única para enseñar la aceptación de personas diferentes, y contribuir así a construir una sociedad más tolerante y democrática*" (Carta de un Hospital de Pediatría para las Escuelas). Otro de los problemas que enfrenta el pediatra o el especialista es la indicación de tratamiento con drogas de alto costo o con procedimientos invasivos para aumentar la estatura. En el caso de la hormona de crecimiento (HC), hay indicaciones precisas, especialmente el déficit de esta hormona, en que el efecto de la droga es de alta eficacia. Más difícil es decidir en el caso de otras entidades, como la baja estatura por retardo del crecimiento intrauterino, en que el impacto de la hormona es más modesto. La droga es de alto costo y debe administrarse con una inyección diaria durante muchos años. Al igual que en otras áreas de la medicina, los laboratorios invierten grandes sumas en promoción de la hormona, promoción que se convierte en una fuente de financiación para el desarrollo de actividades científicas, por ejemplo, viaje de estudios, congresos, etc. Los laboratorios invierten con la expectativa de que los profesionales aumenten la prescripción de una marca determinada de hormona de crecimiento, y a ellos esta situación les

plantea un problema ético; este tipo de problemas se presenta en todos los países en los que la medicina está en el mercado. Otra terapia que puede aumentar la estatura es la elongación quirúrgica de los miembros inferiores, que se plantea en pacientes con acondroplasia o hipocondroplasia. Se trata de un procedimiento invasivo, luego del cual el niño debe estar con férulas en ambas piernas durante un año o más. La decisión de intervenir también tiene connotaciones morales, y debe ser tomada en conjunto por el médico a cargo, el ortopedista, el niño y su familia. En los dos ejemplos mencionados, la estimación de la estatura final del niño es un dato de mucho valor para poder tomar decisiones, pero no siempre fácil de obtener en forma confiable. Los Comités Hospitalarios de Ética pueden ayudar en la toma de decisiones. El crecimiento de grupos de población es "el espejo de la sociedad" (Tanner), en tanto que refleja las formas de expresión del bienestar general de una comunidad. El crecimiento es también el *espejo moral* de la sociedad, ya que muestra, como ningún otro indicador, las inequidades sociales. Las principales causales de diferencias en estatura entre grupos de población son las diferencias en el bienestar socioeconómico y en la salud.

Desarrollo y diferencias sociales. El desarrollo es el curso de los cambios en la conducta sensoriomotriz, la respuesta emocional, la inteligencia, el lenguaje y el aprendizaje. Para que se cumpla este proceso sumamente complejo es necesaria la integridad cerebral del niño y su interacción con una multiplicidad de estímulos afectivos, sensorio-motores, cognitivos y del lenguaje. El pensamiento ético del niño, en particular, no se instala espontánea e instantáneamente en la mente del niño, sino que, por el contrario, se va construyendo en varias etapas. Por ello hay un desarrollo del sentido ético del niño. Muchos autores han estudiado el tema: inicialmente Piaget y luego principalmente Kohlberg, Vigotsky y muchos otros. Pero el sentido ético del niño es el resultado de la interacción entre el programa evolutivo y el medioambiente. Las prácticas sociales que prevalecen en el medio en que el niño crece y se desarrolla juegan un papel central en la construcción de su pensamiento ético. Hay muchos niños que desde sus primeros años viven en un contexto que conspira contra su normal desarrollo. Esto ocurre en situaciones de pobreza y de marginación social, de lo que tenemos abundantes ejemplos en Latinoamérica. Por un lado, estos niños carecen de estímulos adecuados para poder desarrollar sus capacidades, viven en lugares poco confortables, sin juguetes, sin libros, sin música, a menudo con manifestaciones de violencia. Los padres, abrumados por las carencias materiales, disfrutan menos de sus hijos, juegan menos con ellos, tienen menos oportunidades de hablarles, escucharlos y transmitirles sus experiencias. Por otro lado, los niños que viven en condiciones de pobreza tienen más riesgo de sufrir problemas biológicos, como bajo peso al nacer, desnutrición, problemas en el embarazo y el parto, infecciones del sistema nervioso central, problemas de audición, etc. Es así que los retrasos de desarrollo debidos a causas llamadas por algunos 'socioambientales', no son solamente por falta de estímulo, sino también por muchas causas de las llamadas 'orgánicas'. La iniquidad social en el desarrollo psicomotor del niño es un fracaso moral de la sociedad toda y debería ser afrontada por ella. Hoy en día se sabe que el lenguaje y el pensamiento van de la mano, y una de las pocas formas de estimular el lenguaje es a través de la lectura. Es por ello que debe enseñarse al niño el amor al libro desde muy temprana edad. La lectura de cuentos desde los primeros meses es una excelente práctica en este sentido. Pero hay otros problemas éticos en el desarrollo infantil, por ejemplo, la realización de programas de pesquisa de problemas asintomáticos del desarrollo en los primeros años de vida, sin que el sistema de salud destine los recursos para atender los problemas en la población detectada.

La responsabilidad moral de los profesionales de salud. A menudo los expertos en crecimiento y desarrollo tienen acceso a los medios masivos de comunicación e incurren involuntariamente en la emisión de mensajes erróneos o que crean malestar y ansiedad innecesaria en la población blanco. El objetivo de la *educación para la salud* es aumentar la libertad de las personas, reforzando sus conocimientos para que puedan defender su propia salud. El compromiso ético de los profesionales de salud con la comunidad no consiste en hablar de tratamientos o descripción de enfermedades, sino preferentemente de tres temas: a) promoción de la salud, b) prevención de problemas de salud, c) utilización de servicios de salud. También son relevantes las responsabilidades morales del médico frente a problemas asistenciales individuales que se transforman en problemas de salud pública. Hay médicos que por el lugar que ocupan en el sistema de salud o por la información amplia que reciben están en una posición privilegiada para conocer la dimensión regional o nacional de determinados problemas de salud. Estos profesionales tienen una responsabilidad moral agregada, que es la de denunciar a las autoridades de salud esa problemática, describiendo, si es posible, su epidemiología. Crecimiento y desarrollo son indicadores de salud infantil que exigen responsabilidad moral. La mortalidad infantil es un indicador negativo de salud, que excluye en cierta manera aquella gran mayoría de niños que no mueren pero que debido a factores medioambientales

desfavorables ven impedido su pleno crecimiento y desarrollo. Por eso es que proponemos el crecimiento físico y el desarrollo psicomotor en tanto indicadores positivos de salud. Quizás llegue un día en que los economistas, sociólogos y epidemiólogos evalúen la salud y bienestar de las poblaciones por la estatura media de sus grupos sociales, o por la edad promedio en que los niños dicen “mamá” o hacen una torre de cuatro cubos. Los profesionales que realizan investigación en crecimiento y desarrollo tienen a su vez responsabilidades morales específicas. Hace ya tiempo que abandonamos la idea de la ciencia como una disciplina ingenua, neutral y ‘objetiva’. La ciencia es una práctica humana y como tal está sujeta a las tensiones e intereses, en la que se juegan los criterios de verdad inextricablemente ligados al poder. De esta manera, proponemos que cuando se habla de la ética en investigación en crecimiento y desarrollo no se hable solo de la protección de los sujetos participantes, sino que se consideren todas las etapas que están comprometidas en un trabajo de investigación, desde el nacimiento de la idea misma, pasando por el diseño experimental, la selección de fuentes de financiación, la ejecución, preparación de informes, personal involucrado, difusión y utilización del conocimiento generado. De ese modo alcanzaríamos una verdadera *ética de la gestión de la investigación*. Finalmente, han de considerarse las bases que se utilizan para el análisis de los problemas éticos en crecimiento y desarrollo. Los problemas éticos que enfrenta la medicina han sido tradicionalmente analizados sobre bases principialistas (justificación por principios) que inclinan el centro de los debates hacia la observancia del principio de autonomía, y llevan peligrosamente hacia el utilitarismo, de uso práctico en salas de terapia intensiva, salas de guardia, etc. Este enfoque impide analizar en forma amplia problemas de atención primaria de salud o de ética relacional propios de enfermos crónicos, como el tipo de problemas que se observan en el área de crecimiento y desarrollo, casos en los que los factores externos a la organización sanitaria, especialmente la equidad y las características culturales de la población, tienen una importancia muy grande. Dado que concebimos la ética como una práctica social, que se construye entre todos, proponemos un análisis de los problemas éticos sobre bases axiológicas, esto es, sobre los valores, que pueden ser objeto de comparación y ponderación.

Referencias

F. Falkner, J. M. Tanner. *Human Growth. A comprehensive treatise*, 2nd ed., New York, Plenum Press, 1986. - L. Kohlberg. “Stage and sequence: the cognitive-developmental approach to socialization”, en D. A. Goslin (ed.), *Handbook of Socialization. Theory and Research*, Chicago, Rand Mc Nally, 1969. - H. Lejarraga. *Desarrollo del niño en contexto*, Buenos Aires, Paidós, 2004. - H. Lejarraga. “Desarrollo del sentido ético del niño”, en H. Lejarraga (ed.), *Desarrollo del niño en contexto*, óp. cit., pp. 67-98. - H. Lejarraga. “El crecimiento físico como indicador de salud y bienestar socioeconómico de la población”, en Indec, *Infancia y condiciones de vida,* 1995, pp. 101-126. Publicaciones Indec, Buenos Aires. - L. Vigotsky. *Thought and language*, Cambridge, MIT Press, 1990.

Salud del neonato

Sergio Cecchetto (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

El comienzo de la neonatología y sus problemas éticos. La medicina intensiva con criaturas recién nacidas se originó en los Estados Unidos hacia mediados del siglo pasado y su extraordinario desenvolvimiento alcanzó a los países latinoamericanos entre 1960 y 1970, pasando a formar parte rápidamente de la actuación específica de pediatras, primero, y consolidándose como rama de la medicina intensiva, después. La subespecialidad así surgida, la neonatología, pasó a ocuparse entonces de la salud y el desarrollo de los recién nacidos, del tratamiento de sus afecciones, de sus diagnósticos y tratamientos biomédicos, sus cuidados preventivos, curativos y paliativos desde el momento del nacimiento hasta el día veintiocho de vida extrauterina (periodo neonatal). La corta historia de esta rama médica sufrió algunos sobresaltos a causa de cuestionamientos públicos reiterados. En principio ningún sector objetó el hecho de que situaciones que exponían a una muerte segura al binomio madre-hijo pudieran contar con alternativas médicas e intervenciones tecnológicas ingeniosas: antibióticos, drogas potentes, oxígeno en altas concentraciones, métodos quirúrgicos y modificaciones en los tratamientos conocidos, ventilación mecánica, monitoreo electrónico, gasometría sanguínea, catéteres umbilicales, transductores de presión arterial, pruebas microquímicas, ultrasonografía, monitoreo fetal, tomografía axial computada, estudios de madurez pulmonar fetal, sondas de alimentación transpilóricas, alimentación intravenosa completa, etcétera. Estas alternativas proporcionaban con su implementación márgenes de supervivencia cada vez más amplios, y eran vistas con simpatía por el público como actividades de carácter heroico en una lucha despareja del ingenio humano contra la muerte inminente. Pero a poco andar nadie pudo desentenderse de la contracara que acompañó a este proceso benéfico: la aparición de patologías inéditas entre los sobrevivientes (sirvan como ejemplos ilustrativos la mención de la displasia broncopulmonar, la enterocolitis necrotizante, el ductus arteriovenoso y las hemorragias ventriculares).

Las secuelas introducidas por la propia acción de la medicina, o en otras ocasiones la muerte inevitable acaecida a pesar de todos los esfuerzos realizados, hicieron reflexionar sobre la legitimidad científica y la licitud ética de implementar este tipo de procedimientos novedosos pero ambivalentes.

Problemas sustantivos y procedimentales. La disminución notoria de la mortalidad de madres y recién nacidos, que fue la noticia que inflamó los ánimos en un primer momento, no fue acompañada por una disminución equivalente de la morbilidad. El reclamo público se concentró entonces sobre este aspecto durante los años setenta. Durante la década siguiente se hizo hincapié en el desarrollo cognitivo de las criaturas asistidas en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y en los componentes afectivo-emocionales que envolvían a padres y recién nacidos. La mera supervivencia biológica alcanzada por medio de intervenciones biomédicas agresivas no podía garantizar a los niños afectados ni a sus familias una vida futura medianamente feliz y plena. Las reinternaciones permanentes durante los primeros años de vida, las visitas constantes a distintos consultorios médicos, los problemas de atención y los afectivos que se evidenciaban recién en edad escolar, sumados al desborde familiar, al maltrato y hasta el abandono de los recién nacidos dañados, fueron zonas exploradas por personal de salud y científicos sociales bajo la noción atenta de contraproductividad específica. La década de los noventa se inauguró con el surgimiento de nuevos problemas perinatales, esta vez de índole bioética, porque empezaron a identificarse recién entonces con mayor claridad antagonismos entre padres de criaturas enfermas y exigencias estatales en materia deontológica y de protección de menores, entre equipos de cuidados médicos y familias, entre intereses legítimos de los neonatos y los de la sociedad que los albergaba. Tales conflictos involucraban dos tipos distintos de problemas éticos: sustantivos unos (en donde se dirimía la oportunidad de tratar o no tratar al recién nacido portador de patología severa) y procedimentales los otros (en los que se debatía acerca de qué individuo o grupo debía hacerse responsable por las decisiones selectivas que se adoptaban).

Vulnerabilidad del neonato y cuidados intensivos. A pesar de las constantes y renovadas críticas, las UCIN continúan hoy organizando la atención de pequeños enfermos dentro de las instituciones médicas de alta complejidad, para mejor atender las demandas de esos pacientes extremadamente vulnerables, en condición clínica inestable o potencialmente inestable, que tienen amenazada en forma actual o potencial su frágil vida. Bajo tal condición de riesgo deben incluirse entonces recién nacidos con prematurez y con peso deficiente, neonatos que han sufrido una hipoxia severa durante el periodo de parto o hemorragias intraventriculares de pronóstico incierto, y portadores de patologías congénitas (anencefalia, polimalformaciones, atresia esofágica con o sin fístula traqueoesofágica, síndrome de Tay-Sachs o gangliosidosis, síndrome de Lange, síndrome de Edwards o trisomía 18, síndrome de Lesch-Nyham, graves errores innatos del metabolismo, síndrome de intestino corto dependiente de alimentación parenteral, etc.). Los niños sanos –obviamente– no ingresan a la UCIN, pero existen otros tres grupos de recién nacidos que sí lo hacen porque no hay mejor sitio dentro de la institución de salud para atender sus problemas: los que acceden al servicio en proceso de morir (afectados por patologías incurables e irreversibles), otros que probablemente sobrevivirán con una calidad de vida pobre (y cuestionable) y por último aquellos que quizás alcancen una calidad de vida aceptable y hasta normal (y por tanto razonable) en caso de que consigan sobreponerse a sus problemas actuales de salud. El aspecto que presentan estos neonatos con sus diversos daños difiere en mucho del que presentan otros neonatos sanos. Se trata de recién nacidos con deficiencias físicas y en ocasiones intelectuales, algunas de las cuales los acompañarán por mucho tiempo, aun después de abandonar la UCIN, si tienen suerte de hacerlo con vida. Un grupo considerable de entre ellos no llegará jamás a superar esas deficiencias, y su crecimiento ulterior se verá afectado por diversas secuelas graves, más o menos permanentes, que afectarán su calidad de vida. Puede advertirse con facilidad que su minusvalía se impone como primer dato a ser destacado, pero no es menos evidente que esta característica distintiva se manifiesta en una situación de vulnerabilidad extrema por cuanto un neonato es un actor pasivo, que no tiene posibilidad de articular por sí sus reclamos, que no posee autoconciencia ni historia previa, capacidad de pensar ni de expresarse mediante lenguaje hablado, que no tiene aptitud para avizorar el futuro que le espera o que desea, ni para elegir el curso de acción que le resulta más agradable. En otras palabras, se trata de un incapaz en términos jurídicos (carece de habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud) e incompetente en términos morales (no es un sujeto libre, ni responsable, ni volitivo, ni racional). Depende por entero para sobrevivir de las concesiones que el mundo adulto esté dispuesto a realizar en su favor, pero estos actores adultos tienen intereses que les son propios y que en ocasiones se contraponen diametralmente a los mejores intereses del neonato enfermo. Cada una de las dolencias que afectan a estos pequeños conlleva una

especificidad que vuelve a las cuestiones bioéticas implicadas tema de particular interés y tratamiento, aunque es fácil anticipar que el grupo que sufrirá secuelas serias es el generador de mayor polémica. Sin embargo, existen zonas comunes de preocupación para todos los profesionales de la salud que trabajan en las UCIN, por cuanto deben resolver (en todos los casos y más allá del grupo al que se pueda afiliar el neonato en cuestión) situaciones difíciles respecto a la asignación de recursos escasos en medicina intensiva, a la toma de decisiones sobre la oportunidad de tratar y con qué propósito a estos recién nacidos enfermos, a la ponderación de beneficios reales que aportará un tratamiento, a la espinosa cuestión procedimental sobre quién debe tomar las decisiones en nombre del pequeño y asumir la responsabilidad por ellas.

Estándares éticos para la toma de decisiones. Los estándares éticos en uso para resolver estos conflictos se reducen a dos. Uno de ellos se conoce como estándar de los mejores intereses del recién nacido, y en la situación estudiada implica que la UCIN debe implementar procedimientos biomédicos en aquellos casos en los cuales la vida del menor aportará, individual y socialmente, más beneficios que cargas –es decir, se busca una proporcionalidad entre efectos positivos y negativos–. Esta es una manera de plantear la superioridad de los valores maleficencia-beneficencia sobre el imperativo moral de la autonomía, que adquiere aquí una posición secundaria. El estándar restante es conocido bajo el nombre de relación potencial y apunta, por su parte, a una amplia visión de la calidad de vida posible a ser alcanzada por el recién nacido enfermo, ya que una defensa a ultranza de su mera vida biológica sería más lesiva que beneficiosa si no le permite luego al enfermo algo más que perpetuar o prolongar la fijación en un nivel de desarrollo que no se tiene por objetivo final de una existencia plenamente humana. En la práctica ambos criterios son de difícil aplicación por cuanto las decisiones médicas en la UCIN se seleccionan sobre bases probabilísticas en situación de incerteza, con premura porque el estado de salud del neonato no admite dilaciones, y en un ambiente cargado de tensión y dramatismo en el cual la injerencia paterna y la vigilancia jurídica condicionan las deliberaciones. Nuestra opinión es que tanto la postura beneficientista y paternal que es tradicional en los equipos tratantes del continente americano, así como también el ejercicio sin restricciones de una autonomía ejercida por delegación en el caso de los allegados de la criatura enferma, deben autorregularse y limitarse en función del estado de salud del neonato. Este es un referente objetivo y concreto en vista del cual ambos estándares éticos pueden encontrar una articulación posible, y familiares y personal de salud pueden entonces acordar en forma unánime opciones válidas de tratamiento, después de analizar y ponderar las alternativas que se les ofrecen. Las consecuencias de la inacción, los peligros y beneficios de distintos cursos de acción, la prolongación de los sufrimientos, la calidad de vida actual y futura del enfermo, los cuidados en el hogar y el seguimiento médico posterior del neonato y sus daños son cuestiones que requieren atención especial y sobre las cuales resulta sospechoso que alguna de las partes involucradas en el conflicto se pronuncie unilateralmente, acallando las aportaciones sensatas que pudieran realizar otros observadores interesados (máxime cuando alguno de ellos cargará con los costos y la responsabilidad futura por el cuidado del niño con hándicaps). La coincidencia entre las apreciaciones médicas y familiares es un ideal hacia el cual tender, más que una realidad alcanzable en todas las ocasiones. Especialmente porque la asimetría intelectual y las diferencias de poder entre unos y otros actores juega en detrimento de la elección unívoca, consciente y libre de un tratamiento determinado destinado a un recién nacido sufriente. El cuadro patológico a considerar así como la dificultad para establecer un pronóstico alejado para el recién nacido vuelven difícil justificar en forma precisa y rápida un intento curativo enérgico o la provisión de cuidados paliativos, umbral básico sobre el cual es posible construir la coincidencia buscada. Las demás situaciones a considerar son esquivas, y evidencian que cualquier elección que pretenda imponerse por la fuerza sobre el coro de las otras elecciones posibles lesiona las mejores posibilidades con que cuenta el recién nacido gravemente enfermo para desarrollar una vida digna.

Referencias

A. Caplan (coord.). "Hastings Center Research Project on the Care of Imperiled Newborns", *Hastings Center Report* 17 (6), 1987, pp. 5-32. - S. Cecchetto. *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. Imperativos tecnológicos e improvisación moral*, Buenos Aires, Corregidor, 1999. - R. Duff, A. Campbell. "Moral and ethical dilemmas in the special care nursery", *New England Journal of Medicine* 289, 1973, pp. 890-894. - N. Fost. "Children and Biomedicine", en W. T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Macmillan, 1978, pp. 150-156. - S. Mason, C. Megone. *European Neonatal Research. Consent, Ethics Committees and Law,* Burlington, Ashgate, 2001. - R. McCormick. "To save or let die: the dilemma of modern medicine", *Journal of the American Medical Association*, 229, 1974, pp. 172-176. - R. Zussman. *Medical Ethics in the Intensive Care Unit,* Chicago, University of Chicago Press, 1992.

Infancia

José Portillo (Uruguay) - *Sociedad Uruguaya de Pediatría*

Conceptualización. Infancia es el periodo de la existencia humana que transcurre entre el nacimiento y la adolescencia. Se caracteriza porque durante el mismo se va produciendo el crecimiento y la maduración de todas las funciones físicas y psicoafectivas del organismo. Este periodo necesita obligatoriamente un proceso de protección y de enseñanza a cargo de los padres y del conjunto de la sociedad ya que el niño es extremadamente vulnerable a las agresiones físicas y psicológicas, y las mismas pueden dejar secuelas irreversibles, tanto en el desarrollo físico como en el psicoafectivo, por el resto de la vida. Las diferentes colectividades humanas han asignado diversos valores y prioridades a la promoción de las condiciones que aseguren el bienestar integral del niño, lo que imperativamente se liga al nivel de vida que puedan alcanzar las familias, que es el entorno inmediato en el que transcurre la vida infantil. La infancia ha tenido significaciones culturales muy diferentes a lo largo de la historia. La visión actual de la infancia es característica de la Modernidad y del fundamento racional y científico. Durante gran parte de la historia el niño es considerado un adulto pequeño que debe ser capacitado como mano de obra. Es recién en el siglo XIX que el niño es percibido como una persona específicamente diferente del adulto. Es la revolución de las mentalidades, que se produce al comienzo de dicho siglo, la que lleva a tener una conceptualización diferente de la infancia y de sus valores específicos. Infancia y lenguaje se relacionan mutuamente en un círculo: la infancia es el origen del lenguaje y el lenguaje es el origen de la infancia (Agamben). En cada periodo histórico y su correspondiente organización económica, la importancia del espacio público y privado ha variado y esto ha influido en el mayor o menor protagonismo de la familia y de las instituciones sociales, en la educación y el cuidado infantil. El niño está inserto, producto de su origen social, en cada momento de cada sociedad, en un conjunto de posiciones sociales unidas por su homología en un conjunto de actividades o de bienes, caracterizados relacionalmente y que van definiendo su cosmovisión (Bourdieu). En sociedades organizadas jerárquicamente, los valores y los saberes de las clases superiores se reproducen en las clases populares y las instituciones sociales, como la escuela y la puericultura, contribuyen a dicha reproducción (Boltanski). En épocas anteriores el niño significaba un aporte a la fuerza de trabajo familiar y también un puente entre la mortalidad y la inmortalidad a través del linaje. En el presente los niños son ante todo un objeto de consumo emocional (Bauman). Y como advierte el *Estado Mundial de la Infancia de 2005*, para cerca de la mitad de los 2.000 millones de niños y niñas que viven en el mundo real, la infancia es cruda y brutalmente diferente del ideal al que todos aspiramos. La pobreza deniega a los niños y las niñas su dignidad, pone en peligro sus vidas y limita su potencial. Los conflictos y la violencia les impiden disfrutar de una vida familiar segura y traicionan su confianza y su esperanza. El VIH/sida mata a sus progenitores, a sus maestros, a sus doctores y a sus enfermeros. Y también los mata a ellos.

El reconocimiento del niño como sujeto de derechos. El reconocimiento jurídico internacional de los derechos de la niñez le debe mucho a una mujer inglesa, Eglantyne Jebb. Ella es quien pone en marcha *Save the Children Fund* en 1919 como respuesta a la miseria en que la guerra hunde a miles de niños en Europa. Aspira a algo más que a ofrecer un socorro inmediato y, en 1920, se traslada a Ginebra para crear *Save the Children International Union* (que más tarde se convertiría en la Unión Internacional de Protección de la Infancia). En 1924, la Sociedad de Naciones aprueba la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, redactada por la Unión Internacional de Protección de la Infancia. La declaración establece que el niño tiene derecho al desarrollo material, moral y espiritual; a recibir ayuda especial cuando esté hambriento, enfermo, discapacitado o huérfano; a que se le socorra en primer lugar en situaciones graves; a estar protegido contra cualquier explotación económica y a recibir una educación que le inculque un cierto sentido de responsabilidad social. En 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo artículo 25 se refiere al niño como poseedor de "*derecho a cuidados y asistencia especiales*". En 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración sobre los Derechos del Niño, que reconoce derechos como el de no ser discriminado y el de tener un nombre y una nacionalidad. También consagra en la práctica los derechos de la infancia a la educación, a la atención de la salud y a la protección especial. En 1979, las Naciones Unidas declaran ese año como Año Internacional del Niño. El mayor logro del mismo es poner en marcha un proceso de mayor significación a largo plazo: la Asamblea General acuerda que se establezca un grupo de trabajo compuesto por miembros de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, por expertos independientes y por delegaciones observadoras de Estados que no son miembros de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y organismos de las Naciones Unidas, con el fin de redactar una Convención que sea jurídicamente vinculante. En

1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención sobre los Derechos del Niño que entra en vigor al año siguiente. En 1990 se celebra en Nueva York la Cumbre Mundial en favor de la Infancia a la que asisten 71 jefes de Estado y de gobierno. Los dirigentes mundiales firman la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, así como un plan de acción para aplicar la declaración. En 1994, el Año Internacional de la Familia reafirma que los programas deberán apoyar a las familias, que son las que alimentan y protegen a los niños, en vez de ofrecer sustitutivos a dichas funciones. En 1998 se aprueba el Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (Convenio Nº 182 de la OIT). En el año 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio incorporan metas específicas relacionadas con la infancia, entre ellas la reducción de la mortalidad mundial de niños menores de cinco años en dos terceras partes y el logro de la educación básica universal a lo largo del periodo comprendido entre 1990 y 2015. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba dos Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño: uno sobre la participación de los niños en conflictos armados y otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. En 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebra una Sesión Especial en favor de la Infancia: se reúne por primera vez para debatir específicamente cuestiones relacionadas con la infancia. Cientos de niños participan formando parte de las delegaciones oficiales. Los dirigentes mundiales se comprometen a crear "Un mundo apropiado para los niños" y reafirman que la familia tiene la responsabilidad básica de la protección, la crianza y el desarrollo del niño, y que tiene derecho a recibir una protección y un apoyo integrales.

Avances y amenazas sobre el futuro de la infancia. El tratado de derechos humanos que más apoyo ha recibido en la historia, la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 y ratificada por todos los países del mundo excepto dos, representa en efecto un consenso mundial sobre los atributos de la infancia. Aunque no existe un acuerdo absoluto en la interpretación de todas y cada una de las disposiciones de la convención, sí existe una amplia base común sobre cuáles deben ser los parámetros de la infancia. Desde que se aprobó la convención, se han producido avances notables en el cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas a la supervivencia, la salud y la educación mediante la prestación de bienes y servicios esenciales, y un reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de crear un entorno protector que los defienda contra la explotación, el abuso y la violencia. Sin embargo, resulta preocupante constatar que en algunas regiones y países algunos de estos avances se encuentran en peligro de retroceder a causa de tres amenazas fundamentales: la pobreza, los conflictos armados y el VIH/sida. Mil millones de niños y niñas no pueden disfrutar de sus derechos debido a que carecen de por lo menos uno o más de los bienes y servicios básicos necesarios para sobrevivir, crecer y desarrollarse. El problema es más grave en África, donde hay millones de niños y niñas que crecen en familias y comunidades desgarradas por los conflictos armados. En el África subsahariana, el VIH/sida ha provocado un aumento de la mortalidad y una grave reducción de la esperanza de vida en la infancia. No son estos los únicos factores que ponen en peligro la infancia, pero se encuentran sin duda entre los más importantes, con efectos profundamente dañinos sobre las posibilidades de supervivencia y el desarrollo del niño después de los primeros años de vida. Los daños que causan trascienden más allá de la infancia y aumentan las probabilidades de que la próxima generación se vea afectada por las mismas amenazas. Además, por muy dañinas que estas amenazas sean por sí solas, cuando coinciden dos o incluso tres, las consecuencias sobre las vidas de los niños y las niñas son devastadoras. En este marco hay quienes consideran una convicción utópica el que se pueda cumplir universalmente con los Derechos del Niño.

Referencias

Giorgio Agamben. *Infancia e historia* [1978], Buenos Aires, Ed. Adriana Hidalgo, 2001. - Philippe Ariès y George Duby. *Historia de la vida privada. La vida privada en el siglo XX* [1987], Buenos Aires, Taurus, 1990. - Zigmunt Bauman. *Amor líquido* [2003], Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005. - Luc Boltanski. *Prime éducation et morale de classe* [1969], París, Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1984. - Pierre Bourdieu. *Capital cultural, escuela y espacio social*, México, Siglo XXI, 1997. - Manuel Cruz. *Tratado de Pediatría,* Barcelona, Ed. Espax, 1994. - Unicef. *Estado Mundial de la Infancia 2005,* Nueva York, Unicef, 2004. - Julio Meneghello. *Pediatría* [1972], Santiago de Chile, Ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 1991. - Charles Taylor. *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna* [1989], Barcelona, Paidós, 1996.

Antropología y niñez

Andrea Szulc (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

La antropología, por su tradición problematizadora de aquello que el sentido común suele naturalizar, está en condiciones de contribuir conceptual

y metodológicamente al análisis crítico de la niñez. Paradójicamente, la niñez fue hasta los años noventa un tema marginal en los estudios antropológicos y en las ciencias sociales en general, del mismo modo en que por mucho tiempo se excluyó del análisis a las mujeres. Los trabajos de investigación antropológica sobre la niñez no abundan. Se trata de una línea de investigación discontinua, fragmentaria, asistemática, que aunque no ha llegado a instaurarse como campo legítimo de investigación, ha ido cimentando una profunda reconceptualización de la niñez como construcción sociohistórica, heterogénea, cambiante, relacional y disputada, aspectos que se desarrollan a continuación.

Concepciones sobre el niño y la niñez. 1. El niño como primitivo. Desde sus inicios, el saber antropológico fue formulado como conocimiento acerca del "otro". Al intentar analizar el pensamiento del "otro", la antropología recurrió frecuentemente a analogías entre este y el pensamiento de los niños o los locos. Al igual que en otras disciplinas, el interés por el universo infantil surgió como medio para dilucidar otras cuestiones. Los pensadores del evolucionismo unilineal, por ejemplo Tylor (1870), con el cual quedó inaugurada la antropología como disciplina académica independiente a partir de las últimas décadas del siglo XIX, abordaron el comportamiento infantil para definir acabadamente los estadios de evolución por los cuales se suponía transitaban necesariamente todas las culturas. Y también lo hicieron como vía de acceso a la mentalidad de los llamados pueblos primitivos, considerados representantes contemporáneos de la infancia de la humanidad, estableciendo una analogía que perdura hasta el presente en el sentido común. Tanto niños como "primitivos" han sido concebidos como seres fuera de la historia y de la sociedad, una totalidad homogénea, cercana al estado de naturaleza y a la esencia de lo humano, ya sea considerada dicha esencia como benigna o maligna. 2. El niño en nuestro sentido común. Según las representaciones hegemónicas occidentales contemporáneas, los niños constituyen un conjunto aún no integrado a la vida social, definidos generalmente por la negativa –desde el punto de vista de los adultos– como quienes *carecen* de determinados atributos, como madurez sexual, autonomía, responsabilidad por sus actos, ciertas facultades cognitivas y capacidad de acción social. Esta visión los relega a un rol completamente pasivo, más de objeto que de sujetos: objeto de educación, cuidado, protección, disciplinamiento, o de abandono, abuso y explotación. El signo de la acción ejercida sobre ellos puede ser positivo o negativo, pero en ambos casos el lugar asignado a los niños es el de meros receptores de las acciones de otros, por supuesto, adultos. Esta lógica dicotómica ha marcado el abordaje de otras problemáticas por parte de las ciencias sociales, como género y etnicidad, y explica en parte la histórica ausencia de una línea de investigación sistemática al respecto. 3. La niñez como fenómeno diverso. La puesta en foco de la niñez en antropología fue inaugurada por el particularismo histórico norteamericano de comienzos del siglo XX. Su fuerte crítica al evolucionismo desde una propuesta no determinista de la historia y la cultura, y metodológicamente empirista, se tradujo en prolongados e intensivos periodos de trabajo de campo etnográfico entre distintos pueblos no occidentales. Los estudios sobre sistemas clasificatorios del ciclo vital y pautas de crianza de diversos pueblos (v. gr. Mead, 1930) –orientados a esclarecer la relación entre individuo y cultura– suponen una contribución fundamental a la deconstrucción y relativización de nociones occidentales universalizadas sobre la niñez, pues aportaron importante material comparativo, con base en el cual se instaló la posibilidad de pensar en una pluralidad de "niñeces", en lugar de en un estatus singular y universalmente unívoco. Esta desnaturalización ha posibilitado comprender que tanto la adolescencia como la niñez son construcciones sociales, dinámicas e históricamente situadas, aunque en ambos casos el sentido común occidental –profundamente marcado por la creencia en una ciencia objetiva– remite esas categorías al ámbito de la naturaleza, tomando los cambios fisiológicos como determinantes de transiciones sociales. 4. La niñez segmentada. La niñez también es diversa y desigual dentro de las llamadas sociedades occidentales, que históricamente han reservado la noción de "niño" para determinado sector de la población infantil. Mientras "la infancia" se definía como objeto de socialización y protección en manos de la familia y la institución escolar, los "menores" –excluidos de aquel estatus y considerados potencialmente peligrosos– serían objeto de control sociopenal estatal a través de instancias diferenciadas (García Méndez, 1993). Hoy en día, como contrapartida a la naturalización de la niñez, se renuevan continuamente los intentos de biologizar la "minoridad", desde la caracterización lombrosiana del criminal nato del siglo XIX, a las insistentes apelaciones de nuestros días a un supuesto gen criminal. Es claro entonces que el modelo hegemónico de niñez, aunque se presente como universalmente válido, se basa en y regula las experiencias de niños de sectores de clase media urbana, como un "deber ser" que no necesariamente se concreta en la vida cotidiana.

La historicidad de la niñez en transformación: fenómeno social y relacional en disputa. La concepción de la niñez como etapa discreta –caracterizada

por la presencia del juego y vinculada a lo no cultivado y a lo original– se sitúa en la Europa del siglo XVIII. En un influyente estudio de 1960, Philippe Ariès (1987) la caracterizó como un producto occidental de la Modernidad, y afirmó que inclusive hasta la Edad Media los niños no eran colectivamente percibidos como esencialmente diferentes de otras personas, sino más bien como adultos en miniatura. Con posterioridad al siglo XVII, a medida que se conformaba el modelo de familia burguesa, comenzó a extenderse la práctica de "mimar" a los niños junto con nociones sobre la inocencia y vulnerabilidad infantil, y un progresivo interés por su formación moral y su desarrollo. Es en dicho contexto histórico particular que se construye socialmente la niñez como un estatus social específico, objeto de programas de cuidado, educación y asistencia. El estatus de niño fue delimitado por fronteras discursivas progresivamente cristalizadas en instituciones como familias nucleares, *nurseries*, escuelas, clínicas y otras agencias dedicadas específicamente a procesar al niño como entidad uniforme (Jenks, 1996). Este proceso de institucionalización de la niñez se dio a su vez en América Latina a partir de fines del siglo XIX con la incorporación de la región al devenir de la modernidad mundial (Carli, 2002). El carácter histórico de la niñez implica que las experiencias y representaciones sociales acerca de la primera etapa de vida han estado y estarán sujetas al cambio histórico, transformándose ante nuestros ojos. Tales transformaciones no equivalen a una desaparición de la niñez, cuestionable planteo de algunos investigadores del campo de la comunicación. Dicha afirmación parte del paradójico supuesto de una niñez construida históricamente pero inmutable, singular y unívoca, en lugar de plural, diversa y cambiante, lo cual constituye un vicio recurrente de las llamadas "sociedades centrales", reacias a reconocer su propia contingencia. La heterogeneidad de experiencias y representaciones en torno a "ser niño" en diversos marcos históricos y socioculturales evidencia que la niñez no es un fenómeno individual sino social. Como tal, no puede aislarse de otras variables como clase, género y etnicidad. Tampoco podemos indagar acerca de los niños y niñas sin tener en cuenta a los adultos y las instituciones que condicionan evidentemente su cotidianidad y sus perspectivas. Esto parecen olvidar algunas investigaciones recientes, provenientes de la "nueva sociología de la niñez" británica, centradas en el concepto de "culturas infantiles", el cual replica de algún modo el interés despertado a partir de los años setenta en las culturas juveniles, y gana día a día mayor aceptación –particularmente en el mundo anglosajón–. Charlotte Hardman (1973) ha sido una de sus precursoras al defender la existencia de una dimensión exclusiva del niño, a pesar de las superposiciones con el mundo adulto, para la cual propuso crear un campo teórico específico. Sin embargo, la noción de cultura, a pesar de sucesivos intentos por reformularla, no se ha desprendido aún de su componente aislacionista, surgido junto con el colonialismo, que apunta a delimitar unidades discretas, internamente coherentes, cerradas y aisladas unas de otras. En esos términos, la idea de una cultura infantil constituye una nueva esencialización que oscurece el carácter relacional de la dimensión sociocultural, y en particular la inserción de las prácticas y representaciones infantiles en relaciones de poder intergeneracionales. Aislar teóricamente determinado grupo humano, negando su vinculación con otros grupos, es un error, más evidente y forzado aún en el caso de los niños. Una mirada profunda sobre la niñez debe tener siempre presente que al hablar de niñez, hablamos de relaciones entre niños y adultos, entre niños e instituciones o entre pares. Otra de las características constitutivas de la niñez frecuentemente omitidas es su carácter conflictivo. La niñez es un producto sociohistórico, resultado de procesos dinámicos y conflictivos en los cuales diferentes actores y saberes se disputan la definición de qué es "la" niñez, qué comportamientos o características se consideran propios de este grupo y cuáles son las prácticas legítimas por parte de diferentes adultos. No se trata de un proceso unívoco ni armonioso.

De los niños como objeto a los niños como sujetos sociales. Solo recientemente las ciencias sociales, entre ellas la antropología, han reconocido la agencia social de los niños, capacidad que les fue negada por ejemplo por la teoría clásica de socialización, inspirada en el funcionalismo. Al plantear la estructura normativa del mundo adulto como variable independiente y concebir la socialización como un proceso didáctico unilateral, dicha teoría construyó a los niños como pasivos receptores de pautas sociales externas. Los estudios sobre socialización han tendido a desconocer que cuidar de los niños no es solo tarea de sus padres, como claramente evidencian las fuentes etnográficas acerca de la relevante participación infantil en el cuidado de niños menores. Por su parte, los estudios sobre el ciclo doméstico, desarrollados en la segunda mitad del siglo XX, categorizaron a priori a los niños como miembros económica y afectivamente dependientes, ignorando que en todo el mundo los niños han sido, y continúan siendo, parte fundamental de las actividades productivas y reproductivas, contribuyendo tanto a su propia subsistencia como a la de sus hogares. En esa misma dirección procede la "etología" de la conducta infantil al estudiar su comportamiento "como si no pudieran hablar", como si se

observase el comportamiento animal. Al negar su capacidad de agencia social se descalifica a los niños como "informantes" de investigación, tal como ocurría con las mujeres con anterioridad a la crítica de la antropología feminista. A pesar de los significados hegemónicos centrados en la dependencia, vulnerabilidad y pasividad de los niños, sabemos que muchos son activos participantes en las actividades productivas y reproductivas de su grupo doméstico; que entablan vínculos con adultos y entre pares, no siempre en la posición subordinada, y que se mueven cotidianamente con cierta autonomía. Asimismo, lejos de ser "transparentes" y "decir siempre la verdad", los niños y niñas –al igual que los adultos– articulan diversas formas de presentarse a sí mismos, según quién sea su interlocutor, como estrategia social frente a los diversos contextos en que se desenvuelven cotidianamente; es decir, son activos constructores de la presentación de su ser. Por tanto, aunque condicionados, como todos, por su edad, también los niños son sujetos activos y posicionados. El hecho de ser niños condiciona su realidad cotidiana y su perspectiva acerca de ella, pero no los descalifica como actores sociales, pues actúan e interpretan reflexivamente sus experiencias cotidianas, como la escolaridad, el trabajo, su pertenencia étnica, la trayectoria de vida de sus padres y su propio futuro. Ello no supone negar la incidencia de la edad de los sujetos sobre sus prácticas y representaciones, sino tener en cuenta que la edad no es solo un hecho "biológico" sino también un estatus social e históricamente construido. Desnaturalizar la concepción cosificada y esencialista sobre la niñez nos conduce a reconocer la capacidad de agencia de los niños, sin omitir las condiciones sociales, económicas y políticas estructurales que de diversas formas la limitan. A su vez, tomar en cuenta los condicionamientos que circunscriben sus prácticas, no equivale a considerarlos objetos pasivos o meros portadores de estructuras (Szulc, 2006). El reconocimiento de los niños como sujetos sociales debe operacionalizarse incluyéndolos en la investigación como interlocutores válidos con los cuales es posible producir conocimiento antropológico sobre las problemáticas que los afectan. El trabajo de campo etnográfico proporciona herramientas adecuadas para explorar las prácticas y representaciones de los niños, de acuerdo con la tradición antropológica de analizar el punto de vista del actor, "comprender *su* visión de *su* mundo" (Malinowski, 1986), sin olvidar que se trata de un mundo compartido, no precisamente en términos equitativos, con diversos adultos.

Referencias

Philippe Ariès. [1960]. *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*, Madrid, Taurus, 1987. - Sandra Carli. *Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina. 1880-1955*, Buenos Aires, Niño y Dávila, 2002. - Emilio García Méndez. *Infancia y ciudadanía en América Latina*, Córdoba (Argentina), Marcos Lerner Editora, 1993. - Charlotte Hardman. "Can there be an Anthropology of children?", *Journal of the Anthropological Society of Oxford*, Vol. 4, Nº 2, 1973, pp. 85-99. - Chris Jenks. *Childhood*, London, Routledge, 1996. - Bronislaw Malinowski. [1922]. *Los argonautas del Pacífico Occidental*, Madrid, Ariel, 1986. - Margaret Mead. *Growing up in New Guinea*, New York, Mentor Books, 1930. - Andrea Szulc. "*Antropología y niñez: de la omisión a las 'culturas infantiles'* ", en G. Wilde y P. Schamber (comps.), *Cultura, comunidades y procesos contemporáneos*. Buenos Aires, SB, 2006. - Edward Burnett Tylor. *Primitive Culture: Researches into de development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom*, London, J. Murray, 1870.

Construcción social de la vejez (urbana-rural)

Felipe R. Vázquez Palacios (México) - *Ciesas Golfo*

La notable presencia de la población anciana en América Latina y su reclamo por un lugar compatible con sus intereses y limitaciones obligan a la sociedad a construir una percepción distinta sobre el envejecer. Es necesario dar cuenta de las circunstancias del contexto social y del estilo de vida, de las costumbres, creencias, tradiciones, experiencias, prácticas e intereses emergidos de los contactos e intercambios entre individuos, de los recursos de poder y de las interpretaciones que hacen los grupos de sus respectivas posiciones en el orden social. Y también del estado de ánimo y sentido que el sujeto le atribuya al existir y al morir. La vejez, sea rural o urbana, parte siempre de la tensión social entre lo que el anciano vive y experimenta como vejez (interioridad) y lo que la sociedad percibe de ella (exterioridad). Es en esta tensión donde los ancianos construyen cada día su realidad y la domestican, con un sentido práctico y un saber que es a la vez raíz y ligadura entre lo que han sido y han hecho, lo que han gozado y sufrido, entre lo que hacen y lo que son hoy. Dentro de ese proceso, están presentes siempre los recuerdos selectivos de sus luchas, fracasos y triunfos; de las enseñanzas recibidas de padres y abuelos; de los pasos que han dado en la vida; lo que han soñado y realizado; es decir, una práctica reflexiva sobre lo que pudieron, pueden y podrán ser y hacer que los lleva a la aceptación de la vejez, pues la vejez es la única etapa de la vida en la que sentirse realizado depende poco del futuro, puesto que es un sentimiento en el presente, generado de la información organizada y reconstruida sobre lo que se ha hecho en el pasado. Es también en este

proceso donde se capta la vinculación entre la interioridad y la exterioridad del envejecimiento.

En la construcción de la vejez existen dos elementos esenciales: 1. La resistencia frente a situaciones límite como el dolor, la muerte, la pobreza, la soledad, y 2. La capacidad de construir o reconstruir su propia vida en circunstancias difíciles. Es dentro de ese contexto donde se encuentra el potencial de la vejez, pese a su alto riesgo; donde se mantienen competencias bajo la amenaza; donde se es capaz de superar el miedo; donde se tiene la fortaleza de convertir el trauma en una oportunidad para crear sentidos y significaciones, o bien, un profundo entendimiento del existir, donde se encuentra algo positivo en la vida que es capaz de dar coherencia, orientación y construir la perspectiva de la vejez. Pese a lo anterior, el creciente proceso de urbanización, así como la salida de gente joven de los poblados rurales, afecta de manera directa el cuidado y la atención de los mayores que permanecen atados a sus tierras y a sus cultivos. En este contexto, los ancianos miden y evalúan los posibles efectos y esperanzas de vida en su localidad, sea esta rural o urbana. Y mientras se tenga la posibilidad de cultivar la tierra, de trabajar en "algo" en la ciudad y se obtenga el apoyo de la familia, los viejos seguirán resistiendo ahí con sus propias aunque amenazadas costumbres y percepciones de la vida. A veces cambiando sus estrategias de organización económica, otras veces cambiando o sustituyendo sus cultivos por otros; o bien, fraccionando la totalidad de sus tierras entre sus hijos para obtener a cambio atención y cuidados en sus últimos días. En otras situaciones, rompiendo su relación directa con la tierra, yéndose a la ciudad tras los pasos de sus hijos y tomando roles distintos a los que estaban acostumbrados, ya sea como cuidadores del mantenimiento de la casa de los hijos, o dando atención y cuidado a los nietos. O, en el último de los casos, tratando de vender su agotada fuerza de trabajo, que es lo único que les quedaría por vender. En cualquiera de estas situaciones, los ancianos estarán luchando siempre por mantener su deteriorada estructura familiar, sus valores, sus costumbres, sus creencias, a pesar del fuerte riesgo o cumplida amenaza de ruptura y fragmentación. Debemos tener presente que algunos ancianos, solos, discapacitados o con alguna enfermedad crónica o degenerativa, experimentan un profundo sentido de soledad que requiere el apoyo emocional y social de los otros, como la muestra de amistad, amor y compañía que solo los lazos de apoyo incondicionales pueden ofrecerles durante sus momentos de dolor, tristeza, y la angustia que los lleva al sinsentido de sus vidas. En el apoyo humanitario y con amor de los otros puede encontrarse a "un cómplice significativo" que les haga sentirse parte de este mundo, de la sociedad, del país y de la familia, y por tanto que se recobre la esperanza en la vida. Sin lo anterior, el camino que le queda al anciano puede ser muy arduo y, en cierta medida, impedirle reconocer la razón de lo imperfecto; el aceptar el fracaso con serenidad; saborear la satisfacción de los aciertos y el haber cumplido con sus objetivos; conservar la capacidad de admiración ante lo inesperado; luchar de manera estoica contra las enfermedades y encontrar una respuesta al sufrimiento, para valorar lo que se tiene y lo que se ha perdido, para comprender lo que es la dignidad, el respeto, el amor y para reconocer que todavía se existe. A manera de conclusión, la construcción social de la vejez necesita deconstruirse para poder cimentarse como un producto de contextos históricos y culturales particulares y en una dirección donde se vislumbre una esperanza real y no una vía de escape, donde podamos descubrir el potencial de la vejez, sin negar los problemas que esta etapa de la vida engendra.

Derecho a la vida. Aspectos sociales y comunitarios

Mabel Gutiérrez (Argentina) - *Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas*

Concepto de vida y vida humana. ¿Qué caracteriza a los 'seres vivos'? Desde el punto de vista de la biología: el metabolismo, el movimiento, la irritabilidad, la homeostasis, el crecimiento, la reproducción, la adaptación y la muerte. El 'ser humano' es una síntesis de distintos niveles de integración: físico-químico, biológico, psicológico y sociocultural. Es propio de la especie humana el variado repertorio de conductas, el lenguaje, la capacidad de aprendizaje y de transmisión y la transformación de su medio ambiente. El hombre crea su lenguaje y crea su universo, pero la formación se cumplirá por el trabajo. En el trabajo el hombre transforma la realidad: transmuta la naturaleza en historia, crea un mundo objetivo, no natural, humano, y se humaniza a sí mismo. Por el trabajo vence a la muerte: niega su muerte en la creación de su mundo, en la obra en que se pone fuera de sí y perdura, en la vida de los demás, en la vida de sus descendientes. El hombre vive en un mundo de valores objetivos (símbolos desprendidos de sus creadores) que comparte con sus semejantes y debe realizar. Los valores son creaciones del hombre y forman parte del mundo humano. Hablar de la vida es hablar de una abstracción. Hablar de 'vida humana' es hablar de 'humanidad'.

El derecho a la vida en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. A fines del siglo XVIII comienza la primera etapa moderna de los derechos.

Las garantías individuales son defendidas sobre la base de que el propio hombre es el eje del sistema social y político. Después de la Segunda Guerra Mundial los Estados se agrupan en la Organización de Naciones Unidas. El genocidio nazi había puesto de relieve el desprecio por la vida que llegó a niveles impensables, y era una necesidad proclamar una declaración sobre Derechos Humanos. Esta se adoptó el 10 de diciembre de 1948. El artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dice: "*Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona*", habiéndose establecido en los artículos 1 y 2: "*Todos los seres humanos nacen 'libres e iguales' en dignidad y derechos* […]" y "*Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración 'sin distinción' alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición*". El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos –que se adoptó el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 23 de marzo 1976– en su parte III, artículo 6, dice: "*El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente*". El derecho a la vida ha sido consagrado, pues, a nivel internacional, aunque muchos países no han ratificado estos pactos y en muchos de ellos se aplica la pena de muerte, mediante la cual el Estado viola planificadamente un derecho sancionado internacionalmente como tal.

Derechos de "segunda generación". Simultáneamente con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, se adoptó el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976 el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –en el que se consagran los derechos mal llamados de "segunda generación"–. Según El Hadji Guissé, relator especial de la Subcomisión de DDHH de la ONU: "*Constituyen, según piensan algunos, un ideal para alcanzar* […] *Esta percepción es errónea, porque estos derechos tienen un fundamento jurídico seguro y pueden reivindicarse en todo momento y sus violaciones sancionarse*". En el artículo 98 del "Informe final sobre la cuestión de la impunidad de los autores de violaciones de los derechos humanos económicos, sociales y culturales", año 1997, el mismo autor dice: "*Los derechos económicos, sociales y culturales individuales son esencialmente el derecho al trabajo, el derecho a una alimentación suficiente, el derecho a la salud, el derecho a la vivienda y el derecho a la educación. No hay duda alguna de que estos derechos se fundamentan en el derecho a la vida, el derecho más importante. Los citados derechos gravitan alrededor del derecho a la vida y convergen hacia él, si se entiende por vida todo lo que contribuya a perpetuar la existencia y mejorar la condición humana*".

El Estado como único responsable de las violaciones a los Derechos Humanos. La primera experiencia en Derecho Internacional surge de una relación entre Estados, y la acepción "Derechos Humanos" fue pensada para enfrentar al Estado y defenderse de su omnipotencia. El Estado aparece para aceptar su responsabilidad ya que desde la maquinaria estatal pueden cometerse crímenes atroces incomparablemente mayores que desde la sociedad civil. Las violaciones a los Derechos Humanos son cometidas, pues, exclusivamente por los Estados. Ellos son los que se obligan a respetar los pactos y no pueden responsabilizar a otros actores que no son parte ni los suscriben.

La vida y la interrupción del embarazo. Actualmente se considera que la muerte biológica se determina cuando un ser humano está descerebrado, lo que permite, legalmente, la desconexión de aparatos que lo mantienen con vida vegetativa. Hans-Martin Sass, filósofo alemán, cristiano practicante, ha publicado estudios concluyentes acerca de que entre los días 54 y 70 de gestación el embrión está compuesto por células que no están diferenciadas ni tienen lugar fijo. Hacia el día 70 se reúnen y comienza la sinapsis en la zona cortical y subcortical para dar inicio al cerebro. El descerebramiento indica que "ya no hay vida" y las investigaciones del profesor Sass demuestran que "todavía no hay vida" hasta las diez semanas de gestación. Más allá del ejercicio de la maternidad responsable, del hecho de que el dilema de la opción embarazo-aborto lo enfrenta la mujer, y de que se puede desestimar la condición de ser vivo de un feto de diez semanas, la interrupción del embarazo es una de las resoluciones más conflictivas que pueda enfrentar un ser humano. La defensa de la vida no es la defensa como existencia biológica; es la defensa de la vida digna con todos los derechos que una vida humana requiere, y el Estado debe garantizar que cada niño que viene a este mundo tenga cubiertas sus necesidades y no represente, en el momento de ser concebido, una disyuntiva para la madre.

El Estado represivo. A partir de la epidemia de fiebre amarilla que asoló Buenos Aires en 1871, comienza una etapa de lucha contra la insalubridad urbana a través del proyecto de transformación sanitaria conocido como 'higienismo'. Este incluyó una serie de medidas de control y planificación que influyeron en la reorganización del Estado y en el avance sobre la vida privada de los habitantes del país. Se crearon los cuerpos de Policía Sanitaria, Policía de Animales Domésticos, Policía Mortuoria y Policía Industrial que investigaban y sancionaban en sus territorios. La política higienista se

asemeja notablemente a lo que Foucault denominó 'biopolítica'. La medicina higienista comienza a extender las medidas de prevención sanitaria y aparecen unidas a la enfermedad, la delincuencia, la locura, la degeneración, y la necesidad de 'defensa social' que muy pronto se transformaría en represión y se extendería a los inmigrantes y a los grupos políticos y sindicales. La policía se constituyó en una fuerza determinante en la represión del movimiento obrero, aunque fue el ejército el que reprimió en las huelgas de la Semana Trágica y los estallidos de la Patagonia. Durante el siglo XX, y en la medida en que las organizaciones gremiales y políticas avanzaron en sus reclamos, las fuerzas represivas fueron aumentando en número y en la perfección de sus técnicas. Durante el lapso 1930-1983 las fuerzas armadas interrumpieron el orden constitucional mediante 5 golpes de Estado y gobernaron de facto durante 25 años. En esos periodos la represión aumentó hasta alcanzar límites inconcebibles en la dictadura militar de 1976-1983.

El Estado terrorista. Las políticas de salud de los Estados apuntan al cuidado de los cuerpos. El hombre, como ser libre que se autorrealiza responsablemente en la totalidad de su realidad histórica y social, es el blanco de la represión. Sus luchas por su derecho a la vida y por todos los derechos que confluyen a preservarla han sido y son objeto de persecución por parte del Estado. Todo lo que contribuya a la realización del hombre como ser social es considerado peligroso y debe ser castigado. Y son los cuerpos los que sufren los castigos. En la década de los setenta y parte de los ochenta, los cuerpos de miles de hombres y mujeres fueron objeto por parte del Estado terrorista de violaciones, prisión, torturas, desaparición y muerte. Los cuerpitos de niños apropiados o nacidos durante el cautiverio de sus madres fueron privados del calor y el alimento materno y entregados a apropiadores, ocultándoles su identidad. Y los cuerpos de miles de desaparecidos permanecen aún hoy ausentes, sin que sus familiares ni la sociedad en su conjunto sepan qué pasó con ellos: cuándo, cómo, dónde, quién y por qué se resolvió su destino.

Desaparición forzada de personas

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La desaparición forzada de personas quedó tipificada por el Estatuto de Roma (1998) como 'crimen de lesa humanidad' (v.) y así fue reconocida por la Convención Internacional para la Protección de las Personas contra las Desapariciones Forzosas (ONU, 2006). Un importante antecedente para el derecho internacional en la materia había sido la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (OEA, 1994).

La Convención Interamericana. El 9 de junio de 1994 la Organización de los Estados Americanos (OEA) adoptó la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas que entró en vigor el 28 de marzo de 1996. La convención entiende como 'desaparición forzada' "*la privación de la libertad a una o más personas, cualquiera que fuere su forma, cometida por agentes del Estado o por personas o grupos de personas que actúen con la autorización, el apoyo o la aquiescencia del Estado, seguida de la falta de información o de la negativa a reconocer dicha privación de la libertad o de informar sobre el paradero de la persona, con lo cual se impide el ejercicio de los recursos legales y de las garantías procesales pertinentes*". Estos delitos deben ser considerados como continuados o permanentes mientras no se establezca el destino o paradero de la víctima. Cada Estado parte debe adoptar las medidas para establecer su jurisdicción cuando la desaparición haya sido cometida en su jurisdicción, o el imputado sea nacional de ese Estado, o la víctima sea nacional de ese Estado. La acción penal derivada de la desaparición forzada de personas y la pena que se imponga no estarán sujetas a prescripción. No se admite la eximente de obediencia debida a órdenes superiores que dispongan, autoricen o alienten la desaparición forzada. Los presuntos responsables solo pueden ser juzgados por jurisdicciones del derecho común, con exclusión de toda jurisdicción especial como la militar, y no pueden invocarse circunstancias excepcionales como estado de guerra o cualquier otra emergencia pública para justificar la desaparición forzada. El trámite de las peticiones o comunicaciones presentadas ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos queda sujeto a los procedimientos establecidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y en los estatutos y reglamentos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

La Convención Internacional. El 6 de febrero de 2007, impulsada por Francia y Argentina, se llevó a cabo en París la firma de la Convención Internacional para la Protección de las Personas contra las Desapariciones Forzosas, que había sido adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 2006. Entre los países de América Latina, Argentina, Colombia y Cuba, entre otros, suscribieron el protocolo que reconoce la desaparición forzada de personas como crimen de lesa humanidad y reafirma el derecho a la verdad, la reparación y la justicia. La nueva convención, aunque supuso un avance en la materia, no estuvo exenta de las disputas que en los

organismos internacionales se venían observando en torno a los intentos de flexibilizar los supuestos de una ética universalista presentes en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. En el campo de la bioética, esos intentos habían dado lugar a las disputas en torno a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la pretensión angloamericana de instaurar un doble estándar moral para países ricos y pobres, así como en los intentos que en sentido análogo se realizaron sobre la construcción de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) de la Unesco. La introducción de la consideración del delito de desaparición forzada para personas que actúen sin la autorización, el apoyo o la aquiescencia del Estado (artículo 3) ha sido considerada como una regresión frente a los supuestos previos que responsabilizaban exclusivamente al Estado. Sin embargo, este punto es discutible en tanto la desaparición puede ser forzada por individuos o grupos que en tiempos de dictaduras hayan sido funcionarios del Estado pero que pasado el tiempo resulten ser civiles que actúen como 'mano de obra desocupada' en función de intereses mafiosos, ideológicos o estrictamente corporativos. Más coherente resulta, sin embargo, la crítica a la no exclusión de los tribunales militares para el juzgamiento de los imputados por desaparición forzada (artículo 9), ya que este supuesto se asocia claramente con la presión de los Estados Unidos para evitar el juzgamiento de sus actos por tribunales independientes, como quedó expresado con su rechazo a la Corte Penal Internacional. También es aceptable la crítica a la prohibición de la amnistía de las personas condenadas por el delito de desaparición forzada. En Argentina, el indulto decretado por el presidente Menem para los dictadores Videla y Masera, responsables de numerosos delitos de desaparición forzada, desencadenó un rechazo popular generalizado y una pesada obstrucción a la justicia. Finalmente, también resultan criticables los supuestos de denuncias contra los Estados ante el Comité que se crea para la desaparición forzada (artículo 26). Se supone que para poder efectuar esas denuncias los Estados denunciados tienen que haber ratificado la Convención, reconocido en una declaración especial la competencia del Comité, la desaparición tiene que haber ocurrido en su jurisdicción, y la denuncia será admitida una vez agotados los recursos internos en el Estado acusado. Todo esto resulta claramente obstaculizador en casos como el Plan Cóndor (v. *Terrorismo de Estado*), donde operaban varios Estados para trasladar ciudadanos entre países, o como ha sucedido con las prácticas estadounidenses posteriores a septiembre de 2001 de transportar prisioneros de unos países a otros.

La condición ética del desaparecido. La definición más precisa de un desaparecido para la visión inmoral de uno de sus principales victimarios es la dada por el dictador Videla en su apoteosis de la privación de toda característica de la condición humana: "[...] *en tanto esté como tal, es una incógnita el desaparecido, si el hombre apareciera, bueno, tendrá un tratamiento X, y si la desaparición se convirtiera en certeza de su fallecimiento, tiene un tratamiento Z, pero mientras sea un desaparecido no puede tener ningún trato especial, es incógnita, es un desaparecido, no tiene entidad, no está, ni muerto ni vivo, está desaparecido*". Se trata del aniquilamiento, entendido en el sentido etimológico de reducción a la nada y aplicado como lo hacían los nazis (*die Vernichtung*). Sin embargo, para la visión de toda concepción en bioética, el sentido profundo que en la conciencia sacude el desaparecido, no puede en modo alguno ser la misma que la del victimario. A diferencia de la noción cartesiana del 'pienso, luego existo', la ontología moral que el *desaparecido* funda tiene mayor profundidad para la bioética que la noción de agente autónomo. Puede decirse, desde la significación dada por el *desaparecido*, que uno como ser humano es "*el ser que donde me piensan soy*", porque solo los individuos humanos pueden concebir lo que un ser humano sea, al pensar en él *desde ellos*. En el no-pensar, en la no-determinación, en la no-autonomía, en la no-protección, en el no-ser físico ni psicológico, en la negación del Estado, en la no-existencia, en el conjunto de todas las tinieblas que el *desaparecido* supone, una sola mirada desde lo humano constituye en modo indestructible un ser cuya sustancia es la dignidad, cuya esencia y naturaleza es el ser pensado, y cuya trascendencia es la moralidad. Pero cada uno de nosotros no solo somos "*el ser que donde me piensan soy*" sino también y en segundo término "*el ser que donde me pienso sigo siendo*". Es desde allí que podemos alcanzar la libertad de llegar a ver en modo dialéctico y universalizable a "*el ser que pensando en el otro debo ser*". Y es en ese sentido que quienes trabajamos en bioética podemos comprender la profunda problemática moral que supone la desaparición forzada de personas.

Referencia

Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas. *Informe Nunca Más*, Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1984.

Si los ciclos vitales representan modos regulares del vivir como proceso cuando la vida es entendida en una perspectiva cronológica que toma como extremos su origen y su final, los estados vitales resultan ser en cambio modos irregulares del vivir cuando la vida es entendida en modo binario como opuesto de la muerte, y cuando la salud se asocia como razón necesaria de la vida, así como la enfermedad se vislumbra como condición de posibilidad de la muerte. Cuando a estas consideraciones se les suma la condición necesaria de la naturaleza racional para la existencia de un ser humano vivo como sujeto moral, entonces los estados vitales llegan a expresar la gran complejidad de la vida de la que se ocupa la bioética y también nos ayudan a comprender muchas de las falacias presentes en las argumentaciones que intentan resolver con bases irrelevantes, ambiguas, o mal justificadas, esa complejidad de los problemas bioéticos.

Vida saludable y vida buena. La vida saludable (v.) puede ser considerada parte de la vida buena (v.). Para Sócrates, la vida buena es aquella que queda enunciada al final del *Gorgias* al decir: "*El mejor modo de vivir es el que consiste en vivir practicando la justicia*". Pero si la justicia se aplica al vivir en su sentido más amplio imaginable para definir a la vida buena, la justicia que se aplica en bioética no puede ser entendida de un modo tan general que se extienda a todas las dimensiones de la vida y el vivir humanos, es decir a toda la vida buena porque en ese caso sería o bien biopolítica o bien biopedagogía. Una alusión a este corrimiento está presente al enunciar el término 'biopoder' (v. *Poder*), solo que entendido en el sentido de potencialidad para la manipulación instrumental de la vida y el vivir humano y no para la realización global de la justicia. El término 'biopolítica', entendido a su vez como la articulación entre el poder disciplinario para corregir el cuerpo y adiestrarlo como unidad productiva para la gestión masificada de la población (v. *Cuerpo humano*), también resulta en un sentido de racionalidad estratégica opuesta a la racionalidad moral, y por tanto se opone a la ética en general aunque también se oponga en particular a la bioética. Por eso es más apropiado considerar que el campo particular de la vida buena del que se ocupa la bioética es aquel que queda delimitado por la articulación entre salud integral y justicia bajo el concepto de *vida saludable* (v.), un concepto que incluye la consideración de las relaciones de la vida humana con otras formas de vida y con el medio ambiente. Pero el concepto de "vida saludable", que requiere la síntesis entre los valores humanos que expresan las dimensiones morales y las evidencias científicas y criterios de eficacia técnica de las ciencias de la vida y la atención de la salud, tiene varias posibilidades de ser atacado por intentos reduccionistas. La llamada "medicalización" de la vida no es más que un reduccionismo por las ciencias de la vida y la salud de los valores humanos en toda la complejidad de sus interrelaciones integradas por la idea de justicia. Pero también cabe un reduccionismo de sentido contrario cuando desde la idea de justicia (como concepto del derecho) se cae en una "judicialización" de la vida. También desde la justicia, en tanto concepto ético, se puede caer en el "fundamentalismo moral" si la justicia es entendida como reducible a la noción de autonomía. De lo anterior cabe pensar que las dimensiones morales de las ciencias de la vida y la salud serán entonces aquellos valores humanos que hacen a la vida saludable, y que para superar las generalizaciones del "transformar a todos" de la biopolítica o del "enseñar a todos" de la biopedagogía, debemos elegir una alternativa por la cual alguien que trabaja en bioética se reconozca como sujeto único de transformación, y por tanto de aprendizaje para transformarse. Ese "para", en tanto pretensión práctico-normativa que requiere especificar los contextos de acción, lleva a las cuestiones metodológicas. Y para ello hay que señalar dos especificaciones contextuales de la vida saludable en tanto vivir –morir en salud– enfermedad: el ciclo vital humano (reproducción, niñez, adolescencia, adultez, ancianidad) como *tiempo* de ese contexto, y América Latina como el *espacio* de ese contexto.

[J. C. T.]

Vida saludable

Jaime Escobar Triana (Colombia) -
Universidad El Bosque

Conceptualización. La armonía entre lo psíquico (comunicación), lo simbólico (lenguaje) y lo biológico (orgánico, el cuerpo que tenemos), constituyentes indivisibles del ser humano, proporciona una vida saludable, satisfactoria para el individuo; le permite proyectarse en el horizonte que lo rodea, proponerse metas con proyectos de vida anhelada, mantener la convivencia con los demás y satisfacer sus necesidades materiales, sociales y culturales (el cuerpo

que somos) en un nicho ecológico apropiado. La salud así entendida es un proceso inestable, no un estado, que se da en la incertidumbre y al borde del caos. Esa homeostasis, propia de los sistemas vivos autoorganizados, permite introducir a la concepción de la salud una causalidad no lineal e interpretarla como equilibrio dinámico. Para mantener la vida, los seres vivientes deben alejarse del equilibrio termodinámico, desafiar la entropía mediante el intercambio continuo de materia, energía e información. Esta necesaria apertura del ser vivo lo hace débil y precario, expuesto al peligro permanente. Una homeostasis en la cual, si se pierde ese balance, se produce la muerte. Las relaciones y dependencias recíprocas de todos los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales permiten esa nueva visión de la realidad en la que se inserta la vida y la salud humanas; organismos, sistemas sociales y ecosistemas están interconectados y son interdependientes. Afectan todos los aspectos de la vida cotidiana y, desde luego, la salud. Los organismos vivos, al mismo tiempo que preservan un equilibrio interno, mantienen en cierta medida una apertura al mundo externo de intercambio de energía. El hombre como sistema vivo es un todo integrado y el concepto de salud, según la visión de los organismos vivientes, tiene que necesariamente relacionarse con el medio ambiente, y de esta relación, y de los propósitos y metas señalados ya, depende su condición de salud. Sin embargo, el factor individual, subjetivo, en lo concerniente acerca de lo que es la salud para una persona, puede variar en relación con otra y con una condición de vida en una etapa dada y aun en cada momento vital, y entender así qué es la vida saludable para cada quien. Esto permite aclarar la comprensión de las metas de la atención médica y aumentar la confianza del paciente cuando se tienen en cuenta sus valores, que no siempre coinciden con los del médico.

Vida saludable y determinantes sociales. De otra parte, los fenómenos sociales afectan de forma positiva o negativa a la vida. En esta se da el caso de la exclusión social causada por factores como el desempleo, la pobreza, la discriminación por sexo, religión, etnia, idioma, y que determina la privación de sustento, de vivienda, de bienes públicos, de acceso y uso de los servicios de educación y de salud, de participación política, de sociabilidad y de satisfacción. La exclusión social trata específicamente de las privaciones originadas en las relaciones deficientes que impiden que los individuos hagan parte de la vida en comunidad. Son procesos de desintegración social y de ruptura de las conexiones y de las interacciones sociales con ciertos grupos o individuos. Es un concepto más amplio que el de la pobreza y comprende el estudio de individuos y grupos inmersos en sus ubicaciones familiares, comunitarias, sociales, con las asociaciones y las instituciones del Estado. Las causas y consecuencias de estos desgarros y rupturas de esta red de vínculos determinan el desempeño de los seres humanos en diversas dimensiones biopsicosociales y culturales de la vida, es decir, su salud. Para las personas que sufren la exclusión, las desventajas concretas afectan negativamente sus formas de vida. Las diversas limitaciones demeritan las libertades instrumentales fundamentales (oportunidades económicas, libertades políticas, servicios sociales, garantía de transparencia y seguridad protectora) cuya expansión Amartya Sen (2000) considera indispensable para el desarrollo, en el sentido de que las personas puedan realizar las cosas que valoran en la vida y ejercer su agencia y autonomía. La vida saludable es afectada por la exclusión social en los países en vías de desarrollo y particularmente en Latinoamérica y el Caribe en donde nunca se ha gozado de empleo pleno ni de las garantías del Estado de bienestar para todos o para la mayoría de sus habitantes. Los problemas de exclusión social, de justicia, de equidad han sido crónicos y merecen atención urgente. Además de la pobreza, se pueden distinguir grupos de personas excluidas a quienes se les niega o se les limita aún más el acceso a los servicios y las oportunidades para superar la pobreza: mujeres pobres, afrodescendientes, indígenas, personas con discapacidades o enfermedades como la malaria, la infección por VIH y el sida. De acuerdo con un modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud y el bienestar están determinados por la interrelación de factores tan diversos como el desarrollo social y económico, la sanidad ambiental, la disponibilidad de agua, el acceso a la educación, al trabajo, a la prestación de servicios de salud, a la recreación, las redes sociales y, por último, las características biopsicológicas y los estilos de vida. Se pueden agregar otros fenómenos como las infecciones emergentes, entre ellas el VIH y el sida, la inseguridad social, la violencia, los conflictos, la farmacodependencia y el narcotráfico.

Referencias

Alberto Concha. “Impacto social y económico de la violencia en las Américas”, Bogotá, *Ins. Biomédica* 22:347-360, 2002. - Jaime Escobar Triana. “Comprensión sistémica de la salud y calidad de vida”, *Bios y Ethos*, N° 15, Bogotá, Universidad El Bosque, 2000, pp. 55 y ss. - B. Kosko. *Pensamiento borroso,* Barcelona, Dracontos, 1995. - R. Leaky, R. Lewin. *La sexta extinción. El futuro de la vida y de la humanidad,* Barcelona, Tusquets, 1997. - J. Malherbe. *Hacia una Ética de la Medicina,* Bogotá, San Pablo, 1993. - Amartya Sen. *Desarrollo y libertad,* Ed. Planeta Colombiana, 2000.

Vida en estado crítico

Carlos R. Gherardi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Tecnología médica y soporte vital. La posibilidad de aplicar tecnología instrumental para el remplazo externo de la función de ciertos órganos del cuerpo humano marcó el comienzo de una nueva etapa en el tratamiento médico. La asistencia respiratoria mecánica y el riñón artificial fueron los primeros ejemplos importantes y avanzados de esta innovación terapéutica. En años sucesivos la aplicación en la medicina clínica de la asistencia continua de estas y otras tecnologías de sustitución permitió la creación de una red de seguridad biológica alrededor del paciente grave. Así nació el concepto de soporte o sostén vital destinado a remplazar o sustituir, con medios mecánicos, instrumentales o farmacológicos, las funciones de órganos o sistemas, y extendido hoy a todos aquellos procedimientos de utilización posible para prolongar la vida. La protección continua del paciente grave respecto del monitoreo permanente de su cuidado y de su terapéutica prestó su nombre a estas salas que fueron individualizadas, desde ese momento, como de cuidado o terapia intensiva.

La vida en estado crítico. La disponibilidad de estos medios de rescate vital determinó una tipología de paciente grave que podía ser definido no solo por la intensidad de su padecimiento (gravedad) sino por las posibilidades de su recuperación. El estado crítico implica amenaza de muerte, naturaleza probablemente transitoria del evento presente, y la condición de posible reversibilidad de la enfermedad o padecimiento. La vida en estado crítico es grave evaluada según el pronóstico y es aguda referida al tiempo, pero debe ser acompañada de una amenaza de muerte real o potencial si no no se ejecutan algunas medidas indispensables y debe conservar intrínsecamente la posibilidad racional de una recuperación. La disponibilidad del soporte vital en la medicina asistencial introdujo una variante móvil vinculada a la amenaza de muerte y permitió que la vida en estado crítico se separara de aquellos estados marcados por la cercanía o probabilidad de la muerte segura, como las denominaciones de paciente sin esperanzas, muriente o terminal y agonizante o moribundo. El conjunto de soportes vitales, que se encuentran disponibles en estas áreas especialmente acondicionadas para estos pacientes con amenaza vital, crea una red de seguridad no solo para la enfermedad subyacente o la que motiva su ingreso, sino también para poder afrontar el riesgo de soportar un periodo de estado crítico que supone la aplicación cada vez más frecuente de variados métodos terapéuticos médicos y quirúrgicos en numerosos eventos patológicos.

La historia de la vinculación con la muerte. El soporte vital, que ha sido la respuesta tecnológica más antigua incorporada a la medicina asistencial, ha generado una vinculación con la muerte que se acentúa progresivamente en estos casi cincuenta años de la historia de su aplicación. En primer lugar, no se recuerda suficientemente que la existencia de las salas de cuidado intensivo permitió la observación clínica sobre la muerte segura y próxima de aquellos pacientes que, con asistencia respiratoria mecánica, evolucionaban con un coma llamado entonces irreversible. La descripción de este hecho, producto del cuidadoso seguimiento clínico, fue la base de la propuesta de muerte encefálica que el comité ad hoc de Harvard efectuó en su célebre informe de 1968. A partir de entonces el progreso en las técnicas de resucitación y en la aplicación generalizada del soporte vital permitió la aparición de cuadros neurológicos intermedios (estados vegetativos) que no cumplían con los criterios de la muerte encefálica, y se fue instalando la expresión de vida biológica como una síntesis de la existencia de las funciones fisiológicas y vitales del organismo en seres humanos que habían perdido toda capacidad cognitiva y las características de afectividad, comunicación y emotividad propias de la persona.

La abstención y el retiro del soporte vital en el estado crítico. El punto central del conflicto moral en el manejo del soporte vital en el estado crítico se instala actualmente en cómo afrontar, en su significado y en su praxis, el vínculo estrecho entre su aplicación, retiro o abstención con la producción de la muerte. La necesidad de limitar el esfuerzo terapéutico se hace cada vez más creciente porque la existencia del avance tecnológico nos permite prolongar la vida hasta tiempos nunca imaginados hace unas pocas décadas. La pregunta central es: en estos pacientes asistidos tecnológicamente, los llamados signos vitales ¿hasta cuándo representan en verdad la vida? Pareciera que esta pregunta no tiene respuesta absoluta porque los signos vitales de un muerto encefálico: pulso, respiración, temperatura, tensión arterial, no significarían ya la vida. Pareciera que la única respuesta es admitir claramente y de frente a la sociedad que la muerte encefálica es una convención acordada para el establecimiento de un límite en la atención médica y que los sucesos que constituyen los conflictos éticos que analizamos en el presente comenzaron hace cuarenta años. La continuidad de la vida en estado crítico se encuentra sometida al escrutinio permanente de medidas de abstención y el retiro del soporte vital que pueden conducir a la muerte (muerte intervenida). Las preferencias del paciente (rechazo de tratamiento), la irreversibilidad del cuadro clínico por la futilidad explícita de los tratamientos

posibles o la sustitución de la decisión en pacientes incompetentes constituyen las opciones éticas que deben enfrentarse continuamente en la vida en estado crítico.

Referencias

Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade. *Clinical Ethics*, 3rd ed., Chicago, McGraw-Hill, 1992. - Carlos R. Gherardi. "La muerte intervenida. De la muerte cerebral a la abstención o retiro del soporte vital", *Medicina* (Buenos Aires) 62:279-290, 2002. - Carlos R. Gherardi. "Reflexiones sobre los dilemas bioéticos en Terapia Intensiva", en *Terapia Intensiva,* 3a ed., Buenos Aires, Panamericana, 2000, pp. 869-876.

Vida en mínima conciencia

Facundo Manes (Argentina) - *Instituto de Neurología Cognitiva (Ineco)*

Diagnóstico de muerte. Las definiciones de vida y muerte como tales exceden a la medicina y son más bien patrimonio de la filosofía. Platón definió el cuerpo vivo como aquel al cual su actividad "*le proviene desde sí mismo y para sí mismo"* (Fedón, 245e); Aristóteles a su vez escribió que por vida se entiende "*nutrición, crecimiento, y envejecimientos*" (De Anima, 412ª14), es decir, los movimientos que más esencialmente definen a un ser vivo. Las ciencias naturales por su parte "*nunca han podido dar una definición satisfactoria*" acerca de qué sea la vida (Nisbet y Sleep, 2001). Más allá de estas dificultades, las ciencias biológicas coinciden en que un organismo vivo es aquel capaz de crecer, replicarse y evolucionar (Rasmussen et ál, 2004). El concepto de muerte establece que "*la muerte es la cesación permanente de las funciones críticas de un organismo como un todo*" (Bernat, 1998), es decir que esta es, en la práctica, lo opuesto a la vida. Médicamente hablando, las funciones de un organismo como un todo son la respiración y la circulación, con sus mecanismos respectivos de control (Korein y Machado, 2004). Todas estas funciones son dependientes del sistema nervioso central. Recientemente se ha acelerado una discusión profunda acerca de los límites neurales de la vida, con la aparición de colaboraciones más estrechas entre neurólogos, abogados y filósofos (Fins, 2005). La práctica clínica es la única capaz de diagnosticar con fundamentos científicos la muerte del individuo. La muerte como cesación de las funciones vitales del individuo puede establecerse mediante criterios cardiorrespiratorios o neurológicos. Desde el punto de vista neurológico, el paciente con muerte cerebral y no aquel en estado vegetativo o de conciencia mínima es quien muestra pérdida de las funciones vitales críticas para la existencia de vida orgánica.

Mínima conciencia y estado vegetativo. Desde una perspectiva neurobiológica se ha propuesto que el hecho de estar consciente (*state of conscious awareness*) es una propiedad emergente de la actividad de las redes neurales entre las cortezas y el tálamo. Los desórdenes de la conciencia continúan fascinando a neurólogos, neurocientíficos y hasta filósofos, pero existe una gran dificultad en el abordaje experimental. En un extremo está la muerte cerebral, definida como el cese total y permanente de todas las funciones neurales; siguiente a este estado se encuentra el estado vegetativo persistente (EVP). En el EVP se disocian dos elementos cardinales de la conciencia: la capacidad de permanecer en vigilia y la capacidad de tomar conciencia (*wakefulness without awareness*), puesto que en el EVP permanece la capacidad de alternar entre la vigilia y el sueño pero no existe conciencia de sí mismo ni del entorno. El estado de mínima conciencia, cuya reciente definición clínica (Giacino et ál., 2002) involucra un mínimo estado de conciencia de uno mismo o del entorno en forma no consistente, debe presentar al menos un comportamiento que manifieste presencia de conciencia. Este ocurre inconsistentemente pero puede ser reproducido o sostenido por un tiempo largo para ser diferenciado de un comportamiento reflejo. Resulta esencial diferenciarlo del EVP ya que algunos investigadores sugieren que la evolución podría ser diferente. Recientes investigaciones realizadas por nuestro grupo (Bekinschtein y col., 2004) utilizando resonancia magnética cerebral funcional demostraron funciones cognitivas residuales en pacientes en estado de mínima conciencia. Aunque estas "islas" de actividad cognitiva no representan un sistema integrado de conciencia, remarcan la cautela de realizar comentarios delicados delante del paciente. El "síndrome de enclaustramiento" (*locked in syndrome*) es un estado en el cual la conciencia y las funciones cognitivas están presentes, pero los movimientos son imposibles porque hay parálisis del sistema motor voluntario. A diferencia del EVP, estos enfermos pueden tener relación con el medio. El "mutismo akinético" es un síndrome raro, caracterizado por disminución o ausencia de los movimientos del cuerpo y pérdida del lenguaje.

Referencias

J. L. Bernat. "A defense of the whole-brain concept of death", *Hastings Cent Rep* 28:14-23, 1998. - J. J. Fins. "Rethinking disorders of consciousness: new research and its implications", *Hastings Cent Rep* 35:22-24, 2005. - C. Machado & D. A. Shewmon (eds.). *Brain Death and Disorders of Consciousness*, New York, Kluwer Academic/Plenum, 2004. - E. G. Nisbet, N. H. Sleep. "The habitat and nature of early life", *Nature*, 409:1083-109, 2001. - C. Pallis & D. H. Harley. "ABC of Brainstem Death", *Br Med J* 1996. - S. Rasmussen, L. Chen et ál., "Transition from

nonliving to living matter", *Science* 303: 963-965, 2004. - T. Bekinschtein et ál. "Emotion processing in the minimally conscious state", *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 75(5):788, 2004. - J. T. Giacino. "Minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria", *Neurology*, 58:349-51, 2002.

Vida en estado vegetativo persistente

Ricardo Hodelín Tablada (Cuba) - *Hospital Provincial Saturnino Lora*

Vida y estado vegetativo persistente. El estado vegetativo persistente (EVP) se define como una condición clínica caracterizada por inconsciencia con preservación total o parcial de las funciones del tallo y del hipotálamo. Estos pacientes se reponen de un sueño tipo coma, tienen ciclos sueño-vigilia con despertares, apertura de los ojos, así como reactividad limitada a posturas primitivas además de movimientos reflejos de las extremidades, sin lograr verbalizar. Vida es el estado de actividad de los seres organizados y la máxima representación de ese estado es el sistema nervioso. Para algunos autores, los pacientes en EVP están muertos debido a la pérdida de su identidad personal. En realidad estos enfermos están vivos. En ellos hay estructuras del sistema nervioso tan importantes como el tallo encefálico y el hipotálamo que pueden conservar sus funciones. No obstante el grave daño que han sufrido sobre el sistema nervioso, debe considerárselos vivos, con posibilidades anatómicas estructurales para recuperar funciones. Ellos no cumplen los criterios de muerte ni desde el punto de vista neurológico, o sea muerte encefálica, ni desde el punto de vista cardiopulmonar. Por otra parte, su expectativa de vida –la mayoría de las veces– es superior a los seis meses, por lo que tampoco puede llamárselos terminales. Esto quiere decir que deben ser incluidos en la categoría de enfermos crónicos no terminales, la cual se caracteriza desde el punto de vista moral, según el principio bioético de no maleficencia, por la obligación de brindarles todos los medios terapéuticos y de cuidado.

Cuadro clínico del estado vegetativo persistente. El cuadro clínico de estos pacientes demuestra que están vivos. Ellos mantienen un estado cíclico pero irregular de sueño circadiano, un tipo de vigilia que no se acompaña de ninguna expresión detectable de conducta de autoconciencia, reconocimiento específico de estímulos externos o indicio sistemático de atención a reacciones aprendidas. Por lo general no están inmóviles. Ellos pueden mover el tronco o las extremidades en forma significativa, en ocasiones sonríen, algunos pueden verter lágrimas, rara vez son capaces de comprender comandos simples luego del primer año, si no lograron hacerlo antes de los seis primeros meses. Son pacientes en los que, aun estando durante largos periodos con los ojos abiertos, no resulta posible obtener evidencia empírica alguna de conciencia de sí mismo o del medio circundante, ni tener ningún tipo de comunicación significativa, pues no emiten lenguaje; aunque realizan gestos faciales, estos son esporádicos y no guardan relación consistente con estímulos. La inconsciencia lleva a la pérdida de todos los pensamientos, sensaciones, deseos. Solo permanecen las funciones vegetativas, así también los reflejos. De este modo, si se les administran alimentos el sistema vegetativo funciona, los riñones producen orina, los pulmones y el corazón siguen movilizando aire y sangre. Pueden presentar signos hipotalámicos como sudoración generalizada, respuestas motoras flácidas; algunos adquieren movimientos mioclónicos no habituales; dichas actividades son inconscientes no deliberadas. Debido a la relativa preservación de los reflejos del tallo encefálico, la mayoría de ellos mantienen buenos reflejos pupilares y movimientos oculares. Pueden presentarse también con oftalmoplejías internucleares u otras anomalías oculomotoras relacionadas con el tallo encefálico. No tienen fijación visual de los objetos ni siguen los movimientos con los ojos; tampoco poseen reflejo de parpadeo a estímulos externos. A menudo exhiben reflejos auditivos primitivos inconscientes o de orientación visual, caracterizados por el giro de la cabeza y los ojos hacia sonidos o movimientos periféricos. Raras ocasiones los que se mantienen en EVP por varios meses o hasta años tienen algún grado de seguimiento o fijación visual mantenida brevemente, lo cual se considera mediado por estructuras del tallo encefálico. No obstante, se debe ser cuidadosos en extremo al emitir un diagnóstico de EVP cuando hay algún grado de seguimiento visual mantenido, fijación visual estable o reflejo de parpadeo a los estímulos externos. Se ha descrito un tipo de mirada fija llamada fijación sacádica en ping pong (FSPP). La fijación en ping pong o fijación alternante periódica de ciclos cortos consiste en una desviación horizontal conjugada alternante de la mirada, con periodos de pocos segundos, y se presenta en aquellos casos en que el estado de inconciencia es más superficial, posiblemente relacionado con una lesión cerebral menos extensa. Otros síntomas y signos que pueden aparecer en el cuadro clínico son parpadeo, bostezo, respuestas a estímulos dolorosos, signos piramidales, expresión emocional, cuadriplejías, hemiplejías, contractura muscular, alteraciones en los reflejos de estiramiento muscular, rigidez de descerebración, así como atavismos.

Referencias

Diego Gracia. "Vida y muerte: bioética en el trasplante de órganos", en A. Esteban-García, J. L. Escalante-Cobo (eds.), *Muerte encefálica y donación de órganos*, Madrid, Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes, 1995, pp. 13-26. -S. Ashwal, R. Cranford, J. Bernat, G. Celesia, D. Coulter, H. Eisenberg et ál. "Medical aspects of the persistent vegetative State. First of the two parts", *New Eng J Med*, Vol. 330, N° 21, 1994, pp. 1499-1508.

Vida buena

María Luisa Pfeiffer (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

Bios significa para los griegos vida, pero no cualquier vida, sino vida humana. Sin embargo, esto que parece tan claro, no lo es, en tanto y en cuanto la pregunta se complica cuando consideramos lo propio del ser humano. Para el ser humano, vivir supone desarrollar todas sus capacidades; para ello habrá que tener en cuenta la complejidad de lo humano. Lo contrario a la vida humana es la sobrevivencia. Sobrevivir implica reducir la vida a su mínima expresión y esto no puede ser considerado bueno. Lo bueno para el humano es aquello a que aspira, busca, tiende, y de ninguna manera puede tender al mero sobrevivir. La vida buena tiene que ver con la plenitud física, psicológica, social, política, religiosa, moral. Todas esas dimensiones de lo humano que permiten calificar de buena una vida en que son desarrolladas, crecen al amor de la vida en comunidad constituida en el diálogo solidario. No es posible pensar la buena vida sin hacer alguna referencia a la buena muerte.

Vida. Vida es un concepto que se define actualmente haciendo referencia a cuestiones energéticas y al principio de homeostasis que es el proceso que permite responder a estímulos, reproducirse y, a través de procesos de selección natural, adaptarse en generaciones sucesivas a la organización orgánica. Esto supone una retroalimentación del sistema generando un equilibrio que es el que permite la supervivencia. Esta aproximación a la vida proviene de la ciencia, y puede aplicarse con dificultad a la vida humana. Tradicionalmente definir la vida, sobre todo la humana, ha supuesto siempre referencias abstractas y por tanto difíciles de definir. La definición más simple ha provenido siempre de la contraposición con la muerte. Hoy hablamos de la biología como de la ciencia de la vida, desde un malentendido ya que *bios* es el término griego que se refiere a la vida del hombre y a toda la complejidad que esta representa: a su carácter destinal, político, racional. Ha habido en todas las filosofías y culturas una separación explícita de lo que es la vida humana de cualquier otra manifestación vital; esta vida ha sido asociada básicamente con las relaciones del hombre con los otros hombres, con la naturaleza y con Dios. Cada filosofía, cada religión, ha calificado a esta vida de buena según esas relaciones: cuando se daban sin conflicto, la vida era buena; si no, era mala.

Vida buena. La vida buena ha sido desde siempre la aspiración de los hombres; ha sido identificada con la felicidad. Aristóteles hace esto explícito en su *Ética*. Para el estagirita, como para toda la metafísica occidental que nace a su sombra, el bien es un modo de manifestación del ser. El humano sólo alcanza la felicidad cuando logra "estar en el bien", cuando es bueno, cuando lleva una vida buena. ¿Y qué significaba para un hombre griego llevar una vida buena? Ser quien era hasta sus últimas consecuencias, es decir, cumplir con el destino que le había sido asignado en la polis, en la ciudad a que pertenecía. Para Aristóteles la decisión sobre el bienestar de cada uno debía regirse por el modelo de vida que le era exigido por su vida en comunidad, un modelo que se acomodaba al modelo de los demás. Para el judío o el cristiano la respuesta era semejante; la vida buena era la que se vivía obedeciendo la voluntad de Dios que exigía vivir en comunidad amando al hermano. El cristianismo lleva al extremo esta exigencia cuando reclama amar al totalmente otro, al enemigo, hasta entregar la vida por él. La vida entonces adquiere a la luz de estas filosofías, de estas religiones, un valor que supera el de la mera supervivencia; la vida está puesta al servicio de la polis para los griegos; del hermano, que incluso puede ser el enemigo, para el cristiano. Para el hombre actual la vida buena ha perdido su signo de cercanía al bien. A lo sumo se ha convertido en buena vida, en vida satisfactoria, en bienestar. Su valor parece absoluto porque se la pone por encima de todo; incluso se afirma: "No se puede ser libre muerto"; y sin embargo ha perdido todo valor, porque no se la pone en juego por nada. Esa tendencia a la protección de la vida, de la mera vida biológica, ha empobrecido la vida del hombre reduciéndola a un mero ejercicio de homeostasis con su medio. El valor preponderante en nuestra cultura es la supervivencia, el mantenimiento de los procesos orgánicos cualquiera sea su condición. Ello supone que no hay otro horizonte que la supervivencia y que nadie es capaz de arriesgar su vida o ponerla al servicio de ningún otro valor. El resultado es que no se puede hoy definir una vida buena; solo la buena vida que es la colmada de bienes ajenos a ella misma, la que procura un bienestar instantáneo, efímero. Se equivocan los que suponen que la nuestra es una cultura del placer, el único placer es el consumo que es el sometimiento de las fuerzas vitales a mandatos compulsivos de poderes a los

que no les interesa la vida y menos aún la vida humana. La nuestra es una cultura del bienestar que algunos proponen como bien absoluto. El bienestar está más bien unido al sentimiento, a la sensación, al "sentirse bien" que depende totalmente del ánimo del sujeto, de las circunstancias que lo rodean, no siempre benévolas, de los estímulos que recibe desde una cultura individualista que solo pretende provocar nuevos sentimientos subjetivos individuales. ¿Desde dónde está definido este bienestar? Desde un individuo solitario, que consulta su "interior", sin tiempo ni espacio, porque cualquier relación con los otros o con el medio implica conflictos, roces, pérdidas, renunciamientos, desilusiones, fracasos. Este individuo define el bienestar en relación consigo mismo. El bien no es un estado transitorio sino el ser definitivo que se manifiesta más allá de cualquier sensación subjetiva. El bienestar desaparece apenas es alcanzado y luego deja tras de sí una sensación de vacío que debe ser colmado con un nuevo bienestar. El bien es algo a lo que se aspira buscando la 'plenificación' significativa de la vida como fin, el bienestar se alcanza mediante respuestas a estímulos sensibles y afectivos, no libera sino que somete.

Vida sana. Vida buena puede ser sinónimo de vida sana: la vida a que tenemos derecho. Solo podremos asimilarlas si olvidamos el concepto de salud como ausencia de enfermedad y pensamos la salud como integral. La vida buena no se alcanza solamente con el buen funcionamiento de los órganos ni con la mera sobrevivencia sino que necesita una serie de condiciones para cumplirse: entre otras, la presencia ineludible de los otros, que son los que permiten descubrir la complejidad de lo que representa una vida íntegra: los que muchas veces la impiden y muchas otras la posibilitan. La vida buena-sana es la que busca un fin bueno más allá de ella misma y por ello se proyecta al futuro. En 1967 el Fronte della Gioventù Lavoratrice y Potere Operaio hizo una encuesta en la fábrica Mirafiori de la Fiat en Turín interrogando, entre otras cuestiones, por lo que la gente imaginaba que era la "vida buena". Ninguna de las personas entrevistadas consiguió realmente expresar cómo sería una "vida buena" o qué es lo que distinguiría a una vida que no consistiese solamente en la constante exigencia (por parte de los demás y de uno mismo, con o sin retribución) de ser personas productivas, de poder trabajar. No es solo el trabajo productivo el que permite calificar de buena la vida actual, también debe ser divertida, excitante, loca, sin límites, eterna, exitosa, ganadora. No se asocian a la vida humana calificativos tradicionales como libre, alegre, trascendente, creadora, heroica, santa, altruista, sacrificada, pura. En el mismo sentido, vida sana. En caso de aspirar a ella cuando se adopta como lema el refrán "basta la salud", significa libre de enfermedades. De ninguna manera se asocia salud a vida que se pueda proyectar hacia el futuro, que pueda crear universos más justos, que se ponga al servicio de los demás o de la historia o de la humanidad. La vida buena, sostenida sobre el bien como valor trascendente y absoluto, ha dejado su lugar a la buena vida, apoyada sobre el capricho momentáneo y efímero inspirado por la publicidad. Cuando la bioética habla de las relaciones médico-paciente, somete las decisiones del primero a las elecciones del segundo, y deja en manos de este la elección de una vida buena. Sin embargo, tanto médico como enfermo están traspasados por los supuestos culturales, y la acción de la medicina se imagina hoy como una lucha implacable contra la muerte a fin de mantener la vida a costa de lo que sea. La vida buena se vuelve vida a secas. De modo que la decisión del médico, supeditada a la del enfermo, suele derivar en lo que llamamos el encarnizamiento terapéutico que lo obliga a mantener vivo al enfermo sin permitirle pensar a este si esa vida es buena o no lo es. No basta el consentimiento informado del paciente para superar este hábito de la medicina que se hace cada vez más acendrado a medida que esta dispone de mayores medios técnicos. Tanto médico como enfermo coinciden la mayoría de las veces en el objetivo de la sobrevivencia; tanto uno como el otro son depositarios de una tendencia de la cultura que viene convirtiendo a los seres humanos en meros sobrevivientes incapaces de imaginar una vida buena y mucho menos una muerte buena.

Referencias

Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. - Giovanni Berlinguer. *Questione di vita, etica, scienza et salute*, Milán, Einaudi, 1991. - María Luisa Pfeiffer. "Acerca del *bios.* Una reflexión bioética", en P. Hooft, E. Chaparro y S. Salvador (coords.), *VII Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética,* Mar del Plata, Suárez, 2001.

Referencias generales

América Latina

Abellán, José Luis

- *La idea de América: origen y evolución.* Madrid, Istmo, 1972.

Acosta, Joseph de

- *Historia natural y moral de las Indias* [1590]. México, Fondo de Cultura Económica, 1962.

Agustini, Delmira

- *Los cálices vacíos*, 1913.
- *Obras completas, 1924* (póstumo).

Alberdi, Juan Bautista

- *El gigante Amapolas y sus formidables enemigos, o sea fastos dramáticos de una guerra memorable* [1842].
- *El Crimen de la guerra* [1870].

Alegría, Ciro

- *El mundo es ancho y ajeno,* 1941.

Almaraz Paz, Sergio.

- *El poder y la caída. El estaño en la historia de Bolivia,* 1966.

Almeida-Filho, Naomar

- "Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada". Investigaciones en Salud Pública. Documentos Técnicos, Proyecto ELAC 19, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1999.

Altamirano, Carlos

- *Términos críticos de sociología de la cultura*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

Arciniegas, Germán

- *El continente de siete colores o Historia de la cultura en América Latina,* 1965.

Ardao, Arturo

- *Génesis de la idea y el nombre de América Latina.* Caracas, Celarg, 1980.
- *Nuestra América Latina.* Montevideo, Ediciones Banda Oriental, 1986.
- *La inteligencia latinoamericana.* Montevideo, Universidad de la República, 1991.
- *América Latina y la latinidad. 500 años después.* México, UNAM, 1993.

Argentina. Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (Conadep).

- *Informe Nunca Más.* Buenos Aires, Eudeba, 1984.

Arguedas, Alcides

- *Pueblo enfermo,* 1909.
- *Raza de bronce,* 1919.
- *Formación de una cultura nacional indoamericana,* 1975.

Asturias, Miguel Ángel

- *El señor Presidente,* 1946.
- *Hombres de maíz,* 1949.
- *Viento fuerte,* 1950.
- *El Papa verde,* 1954.
- *Los ojos de los enterrados*, 1960.
- *Latinoamérica y otros ensayos,* 1968.
- *América, fábula de fábulas y otros ensayos,* 1972.

Azuela, Mariano

- *Los de abajo,* 1916.

Barret, Rafael

- *Moralidades actuales,* 1910.
- *El dolor paraguayo,* 1911.

Belaúnde, Víctor Andrés

- *Bolívar y el pensamiento político de la revolución hispanoamericana,* 1938.

Bello, Andrés

- *Principios del Derecho de Jentes* [1832].
- Gramática de la Lengua Castellana destinada al uso de los americanos [1847].

Benedetti, Mario

- *Letras del continente mestizo,* 1967.
- *El escritor latinoamericano y la revolución posible,* 1974.
- *El recurso del Supremo Patriarca,* 1979.

Biagini, Hugo

- *Filosofía americana e identidad.* Buenos Aires, Eudeba, 1989.
- *El pensamiento latinoamericano del siglo XX ante la condición humana,* versión digital, 2004 (continúa).

Boemus, Johannn

- *Indiario o libro de las costumbres de todas las gentes del mundo y de las Indias* [1556].

Boff, Leonardo

- *O rostro materno de Deus.* Petrópolis, Vozes, 1979.
- *Iglesia, carisma y poder.* Santander, Sal Térrea, 1982.

Bolívar, Simón

- *Manifiesto de Cartagena,* 1812.
- *Decreto de Guerra a Muerte,* 1813.
- *Carta de Jamaica,* 1815.
- *Discurso de Angostura,* 1819.
- *Una mirada sobre la América Hispana,* 1829.
- *Escritos fundamentales.* Caracas, Monte Ávila, 1998.

Bosch, Juan

- *Composición social dominicana. Historia e interpretación,* 1978.

Cardenal, Ernesto

- *El Evangelio en Solentiname,* 1977.

Cardoso, F., Faletto, E.

- *Dependencia y desarrollo en América Latina.* México, Siglo XXI, 1969.

Cardoza y Aragón, Luis

- *Guatemala, las líneas de su mano.* México, FCE, 1955.

Carlos II de España

- *Recopilación de las leyes de los reinos de Indias* [1680].

Carpentier, Alejo
- *El reino de este mundo,* 1949.
- *El recurso del método,* 1974.

Castañeda, Jorge
- *La utopía desarmada.* México, Joaquín Moritz, 1993.

Castro, Fidel
- *La historia me absolverá,* 1953.

Cepal
- *Estudio Económico de América Latina 1949.* Nueva York, ONU, 1951.
- *El pensamiento de la CEPAL.* Santiago de Chile, 1969.
- *Transformación productiva con equidad.* Santiago de Chile, 1990.

Cesaire, Aimé
- *Cahier d'un retour au pays natal,* 1947.
- *Oeuvres Complètes.* 3 vols. Fort-de-France, Éditions Desormeaux, 1976.

Céspedes, Augusto
- *Sangre de mestizos,* 1936.
- *Metal del diablo,* 1946.

Clavijero, Francisco Javier
- *Historia antigua de México* [1781]. 5a. ed. México, Porrúa, 1976.

Colón, Cristóbal
- *Textos y documentos completos* [1492-1506]. Editados por Consuelo Varela. Madrid, Alianza Editorial, 1982.

Cortázar, Julio
- *Nicaragua, tan violentamente dulce* [1983]. Buenos Aires, Muchnik, 1984.

Cortés, Hernán
- *Cartas de Relación* [1522]. 9a. ed. México, Porrúa, 1976.

Darío, Rubén
- *Cantos de vida y esperanza,* 1905.

de Castro, Josué
- *Geografía del hambre*. Buenos Aires, Ediciones Peuser, 1950.

de la Cruz, Sor Juana Inés
- *Respuesta a sor Filotea de la Cruz* [1691].

Díaz del Castillo, Bernal
- *Historia de la Conquista de Nueva España* [1632]. 11ª ed. México, Porrúa, 1976.

Dorfman, Ariel
- *Imaginación y violencia en América,* 1970.
- *Hacia la liberación del lector latinoamericano,* 1984.
- *De elefantes, literatura y miedo: la comunicación americana, 1986.*

Dorfman, Ariel; Mattelart, Armand
- *Para leer al Pato Donald,* 1971.

Dussel, Enrique
- *Desintegración de la cristiandad colonial y liberación. Perspectiva latinoamericana*. Salamanca, Sígueme, 1977.
- *Filosofía de la liberación* [1977]. México, Edicol. Bogotá, 5ª ed., Nueva América, 1996.
- *Historia General de la Iglesia en América Latina.* Salamanca, Sígueme, 1983.
- *Praxis latinoamericana y filosofía de la liberación* [1983]. Bogotá, 2ª ed., Nueva América, 1994.
- *Ética comunitaria*. Madrid, Ediciones Paulinas, 1985.
- *1492: El encubrimiento del otro. Hacia el origen del mito de la Modernidad*. Madrid, Nueva Utopía, 1992.
- *Historia de la Filosofía Latinoamericana y Filosofía de la Liberación*. Bogotá, Editorial Nueva América, 1994.
- *Ética de la Liberación*. México, Editorial Trotta, UNAM, 1998.

Edwards Bello, Joaquín
- *El roto,* 1920.

Ellacuría, Ignacio
- *Teología política,* 1973.
- *Tesis sobre posibilidad, necesidad y sentido de una Teología Latinoamericana*, 1975.
- *Función liberadora de la filosofía,* 1985.
- *Centroamérica como problema,* 1986.
- *Filosofía de la realidad histórica.* Madrid, Trotta, 1991.
- *El compromiso político de la filosofía en América Latina.* Bogotá, El Búho, 1994.

Ellacuría, I.; Sobrino, J. (editores)
- *Mysterium liberationis. Conceptos fundamentales de la Teología de la liberación*. Madrid, UCA y Trotta, 1990.

Ercilla, Alonso de
- *La Araucana* [1589] (iniciado en 1569).

Felipe IV de España
- *Recopilación de las leyes destos Reynos* [1640].

Fernández Retamar, Roberto
- *Calibán. Apuntes sobre la cultura en nuestra América,* 1971.

Fornet-Betancourt, Raúl
-"La filosofía de la liberación en América Latina", *en 500 años después. Estudios de Filosofía Latinoamericana,* México, UNAM, 1992.
- *Filosofía intercultural.* México, Universidad Pontificia de México, 127, 1994.

Francovich, Guillermo
- *Filósofos brasileños,* 1939.
- *La filosofía en Bolivia,* 1941.
- *Pachamama. Diálogo sobre el porvenir de la cultura en Bolivia,* 1942.
- *Los mitos profundos de Bolivia,* 1980.

Freire, Gilberto
- *Casa Grande & Senzala,* 1933.
- *Sobrados e Mocambos,* 1936.
- *Sociología,* 1945.

Freire, Paulo
- *Educación como práctica de libertad,* 1965.
- *Pedagogía del oprimido,* 1970.

Fuentes, Carlos
- *La región más transparente,* 1958.

- *La muerte de Artemio Cruz,* 1962.

Fuenzalida-Puelma, Hernán y Susan Scholle Connor (editores)

- *El derecho a la salud en las Américas: un estudio constitucional comparado.* Washington, OPS, 1989.

Galeano, Eduardo

- *Las venas abiertas de América Latina* [1971]. Madrid, 31ª ed., Siglo XXI de España Editores, 1981.

Gallegos, Rómulo

- *Doña Bárbara,* 1929.
- *Pobre negro,* 1937.

García, Juan César

- *La educación médica en la América Latina.* Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1972.

García Castellón, Manuel

- *Guamán Poma de Ayala, pionero de la Teología de la Liberación*. Madrid, Editorial Pliegos, 1992.

García Márquez, Gabriel

- *Cien años de soledad* [1967].
- *El otoño del Patriarca* [1975].

Garibay, Ángel María

- *Historia de la literatura náhuatl* [1954].
- *La literatura de los aztecas* [1964].

Gera, Lucio

- *Teología de la Liberación.* Lima, Centro de Documentación MIEC-JECI, 1973.

Godio, Julio

- *Historia del movimiento obrero latinoamericano.* México, Nueva Imagen, 1981.

González Prada, Manuel

- *Horas de lucha* [1908].

Guamán Poma de Ayala, Felipe

- *Nueva Corónica y Buen Gobierno* [1615].

Guatemala. CEH-Comisión para el esclarecimiento histórico

- *Guatemala. Memoria del silencio.* Tomos I-XII, 1999.

Guerra, Francisco

- "Medicina colonial en Hispanoamérica", en *Historia Universal de la Medicina*. Editada por Pedro Laín Entralgo. IV: 346-355. Barcelona, Salvat, 1972.

Guerra, José Eduardo

- *Itinerario espiritual de Bolivia,* 1936.

Guillén, Nicolás

- *Poesías completas* [1973].

Güiraldes, Ricardo

- *Don Segundo Sombra* [1926].

Gutiérrez, Gustavo

- *Teología de la Liberación*. Salamanca, Sígueme, 1972.
- *Teología desde el reverso de la Historia.* Lima, CEP, 1977.

Haya de la Torre, Víctor

- *Por la emancipación de América Latina.* Buenos Aires, M. Gleizer Editor, 1927.
- *¿A dónde va Indoamérica?* Santiago de Chile, Editorial Ercilla, 1935.
- *El antiimperialismo y el APRA.* Santiago de Chile, Editorial Ercilla, 1936.
- *Obras completas.* Lima, Mejía Baca, 1976.

Haya de la Torre, Víctor; Ingenieros, José

- *Teoría y táctica de la acción renovadora y antiimperialista de la juventud de América Latina.* Buenos Aires, M. Gleizer Editor, 1928.

Henríquez Ureña, Pedro

- *Ensayos críticos.* La Habana, Imprenta Esteban Fernández, 1905.
- *La utopía de América.* Buenos Aires, La Plata Estudiantina, 1925.
- *Las corrientes literarias en la América Hispánica* [1945]. México, FCE, 1949.
- *Historia de la cultura en la América Hispánica* [1947]. México, FCE, varias ediciones.

Hernández, José

- *El gaucho Martín Fierro* [1872].

Hernández Arregui, Juan José

- *Imperialismo y cultura* [1957].
- *La formación de la conciencia nacional* [1960].

Humboldt, Alexander von

- *Ensayo político sobre el Reino de la Nueva España* [1808]. *3ª ed.,* México, Porrúa, 1978.

Ianni, Octavio

- *Esclavitud y capitalismo*. México, Siglo XXI Editores, 1976.

Icaza, Jorge

- *Huasipungo* [1934].

Inca Garcilaso de la Vega

- *Comentarios Reales* [1609-1616].

Isaacs, Jorge

- *María* [1867].

Jaulin, Robert

- *El etnocidio a través de las Américas.* México, Siglo XXI, 1976.

Kahlo, Frida

- *El diario de Frida Kahlo: un íntimo autorretrato.* Editorial Debate, 2002.

Korn, Alejandro

- *La libertad creadora* [1922].
- *Axiología* [1930].

Lamas, Marta

- *Cuerpo: diferencia sexual y género.* México, Editorial Taurus, 2002.

Landa, Fray Diego de

- "Ordenanzas de Tomás López" [1560], en *Relación de las cosas de Yucatán*, 10ª ed., editado por Ángel Ma. Garibay K., México, Porrúa, 1973, pp. 203-219.

Las Casas, fray Bartolomé de

- *Brevísima relación de la destrucción de Indias* [1552]. Facsímil. Editado por Manuel Ballesteros Gaibrois. Madrid, Fundación Universitaria Española, 1977.

León C., Augusto

- “Medical Ethics: Latin America in the Twentieth Century.” en *Encyclopedia of Bioethics*, edited by Warren T.Reich, New York: Macmillan, 1978, pp.1005-7.

Lezama Lima, José

- *Paradiso* [1966].

Lillo, Baldomero

- *Sub terra* [1904].
- Sub sole [1907].

López Gil, Marta

- *El cuerpo, el sujeto, la condición de mujer.* Buenos Aires, Biblos, 1999.

López de Gómara, Francisco

- *Historia General de las Indias* [1552].

Mainetti, José Alberto

- “Medical Ethics, History of: The Americas. D. Latin America”, en *Encyclopedia of Bioethics*, edited by Warren T. Reich, New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995, pp. 1639-44.

Maliandi, Ricardo

- *Ética: conceptos y problemas*, Buenos Aires, Biblos, 1991.

Marcos, Subcomandante

- *Cuarta Declaración de la Selva Lacandona* [1996].

Mariátegui, José Carlos

- *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana* [1928].

Marof, Tristán

- *La justicia del inca* [1926].
- *La tragedia del altiplano.* Buenos Aires, Editorial Claridad, 1934.

Marquínez Argote, Germán

- *Metafísica desde Latinoamérica.* Bogotá, Universidad Santo Tomás, 1977.
- *Qué es eso de filosofía latinoamericana?* Buenos Aires, El Búho, 1981a.
- *Temas de antropología latinoamericana.* Buenos Aires, El Búho, 1981b.
- *Sobre filosofía española y latinoamericana.* Bogotá, Biblioteca Colombiana de Filosofía, 1987.

Martí, José

- *Nuestra América* [1891].

Martínez Estrada, Ezequiel

- *Radiografía de la pampa* [1933].
- *La cabeza de Goliat* [1940].

Mastretta, Ángeles

- *Puerto libre.* México, Cal y Arena, 1993.
- *El mundo iluminado.* México, Cal y Arena, 1998.

Mayz Vallenilla, Ernesto

- *Examen de nuestra conciencia cultural.* Caracas, Universidad Central de Venezuela, 1955.
- *El problema de América (Apuntes para una filosofía americana).* Caracas, Universidad Central de Venezuela, 1957.
- *Esbozo de una crítica de la razón técnica.* Caracas, Equinoccio-USB, 1974.
- *Latinoamérica en la encrucijada de la técnica.* Caracas, Universidad Simón Bolívar, 1976.
- *Ratio Técnica.* Caracas, Monte Ávila Editores, 1983.
- *Fundamentos de la meta-técnica.* Caracas, Monte Ávila Editores, 1990.

Mejía Sánchez, Ernesto; Coronel Urtecho, José

- *La mujer nicaragüense en los cronistas y viajeros* [1942].

Menchú Tum, Rigoberta

- *Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia* [1983].

Miró Quesada, Francisco

- *Humanismo y revolución* [1969].
- *Proyecto y realización del filosofar latinoamericano.* México, FCE, 1981.

Mistral, Gabriela

- *Desolación* [1922].
- *Lecturas para mujeres* [1923].
- *Ternura* [1924].
- *Tala* [1938].

Murguialday, Clara

- *Nicaragua, revolución y feminismo (1977-1989)*. Edit. Revolución, 1990.

Neruda, Pablo

- *Residencia en la tierra* [1935].
- *Canto general* [1950].
- *Estravagario* [1958].
- *Memorial de Isla Negra* [1964].
- *Confieso que he vivido* [1974].

Nino, Carlos

- *Ética y Derechos Humanos,* 2ª ed., Buenos Aires, Editorial Astrea, 1989.

Onetti, Juan Carlos

- *El pozo* [1939].
- *La vida breve* [1950].
- *El astillero* [1961].
- *Dejemos hablar al viento* [1978].

Ortiz, Adalberto

- *Juyungo. Historia de un negro, una isla y otros negros* [1943].
- *El espejo y la ventana* [1967].

Ortiz de Montellano, Bernardo

- *La poesía indígena de México* [1935].

Paim, Antonio

- *História das idéias filosóficas no Brasil* [1967].
- *Modelos éticos: introdução ao estudo da moral*, Curitiba, Champagnat, 1992.
- *Fundamentos da moral moderna.* Curitiba, Champagnat, 1994.

Palma, Ricardo

- *Tradiciones peruanas* [1918].

Parra, Violeta

- *Décimas* [1970] (póstumo).

Parra, Isabel

- *El libro mayor de Violeta Parra* [1985].

Paz, Octavio
- *El laberinto de la soledad* [1950].

Picón Salas, Mariano
- *De la conquista a la independencia. Tres siglos de historia cultural hispanoamericana* [1944].

Poniatowska, Elena
- *La noche de Tlatelolco* [1971].

Portillas, León
- *Visión de los vencidos.* México, UNAM, 1989.

Prebisch, Raúl
- *Hacia una dinámica del desarrollo latinoamericano.* México, FCE, 1963.

Puiggrós, Rodolfo
- *La España que conquistó al Nuevo Mundo.* Buenos Aires, Corregidor, 1974.

Quevedo, Emilio
- "Cuando la Higiene se volvió pública", *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 2004, Vol. 52, Nº 1, pp. 83-90.
- "El tránsito desde la Higiene hacia la salud pública en América Latina", *Tierra Firme* Nº 18, 2000, pp. 611-662.

Quiroga Santa Cruz, Marcelo
-*¡Abajo la dictadura!* [1972].

Rama, Carlos Manuel
- *Sociología de América Latina* [1970].

Ramos, Samuel
- *El perfil del hombre y la cultura en México.* México, UNAM. Obras Completas, tº 1, 1990.

Randall, Margaret
- *Todas estamos despiertas. Testimonio de la mujer nicaragüense hoy.* Siglo XXI, 1986.

Razetti, Luis
- "Código Venezolano de Moral Médica" [1916], en *Obras completas*, I :111-35. Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1963.

Reale, Miguel
- *Fundamentos do direito: contribuição ao estudo da formação da natureza e da validade da ordem jurídica positiva.* São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1940a.
- *Teoría del Derecho y del Estado.* São Paulo, Martins, 1940b.
- *O contratualismo: posição de Rousseau e Kant.* São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1943.
- *Filosofia do direito.* São Paulo, Saraiva, 1953.
- *Pluralismo e liberdade.* São Paulo, Saraiva, 1963.
- *Experiência e cultura : para a fundação de uma teoria geral da experiência*, 1977.
- *Introdução à filosofia.* São Paulo, Saraiva, 1988.

Revueltas, José
- *Los días terrenales* [1949].

Reyes, A., Henríquez Ureña, P., Romero, F.
- *La constelación americana.* México, Gráfica Panamericana, 1950.

Riquelme U., Horacio
- *Entre la obediencia y la oposición. Los médicos y la ética profesional bajo la dictadura militar.* Caracas, Nueva Sociedad, 1995.

Ribeiro, Darcy
- *As Américas e a civilização - Processo de formação e causas do desenvolvimento cultural desigual dos povos americanos* [1970a]. *Rio de Janeiro*, Editora Civilização Brasileira. Ed. español: *Las Américas y la civilización,* Buenos Aires, CedAL, 1972.
- *Os índios e a civilização - A integração das populações indígenas no Brasil moderno [1970b].* Río de Janeiro, Editora Civilização Brasileira.
- *Configurações histórico-culturais dos povos americanos.* Río de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1975.

Roa Bastos, Augusto
- *Hijo de hombre* [1960].
- *Yo, el Supremo* [1974].

Rodó, José Enrique
- *Ariel* [1900].

Romero, Francisco
- *Filosofía de la persona y otros ensayos de filosofía.* Buenos Aires, Losada, 1944.
- *Sobre la filosofía en América.* Buenos Aires, Raigal, 1952.

Rosa, João Guimaraes
- *Grande Sertão: Veredas* [1956].

Rosenberg, Tina
- *Los niños desaparecidos de El Salvador. Qué hacías en la guerra, mamá.* The New York Times, 1999.

Rosenblat, Ángel
- *La población indígena y el mestizaje en América* [1935]. Buenos Aires, 1954.

Rulfo, Juan
- *Pedro Páramo* [1955].

Sahagún, fray Bernardino de
- *Historia General de las Cosas de Nueva España* [1582], 3ª ed. Editado por Ángel María Garibay K. México, Porrúa, 1975.

Salazar Bondy, Augusto
- *¿Existe una filosofía de nuestra América?* México, Siglo XXI, 1968.

Sánchez-Albornoz, Nicolás
- *La población de América Latina. Desde los tiempos precolombinos al año 2000* [1973], 2ª ed., Madrid, Alianza Editorial, 1977.

Sarmiento, Domingo Faustino
- *Facundo. Civilización y barbarie* [1845].

Scannone, Juan Carlos
-*Teología de la Liberación y praxis popular.* Salamanca, Sígueme, 1976.

Scalabrini Ortiz, José
- *El hombre que está solo y espera.* Buenos Aires, M. Gleizer, 1931.

Scholle Connor, Susan; Fuenzalida-Puelma, Hernán (eds.)
- "Bioética". Washington, *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, Número Especial, 1989.

Soler, Ricaurte
- *Estudios sobre historia de las ideas en América* [1961].

Storni, Alfonsina
- *Antología poética* [1938].

Tealdi, Juan Carlos
- "Bioethical Concerns in Environmental Problems in Latin American Countries". In International Bioethics Symposium-Series 6.7. Edited by Kazumasa Hoshino, Tokyo, Sokyusha Publishers, 1993, pp. 36-64.

Tealdi, Juan Carlos; Pis Diez, Gustavo; Esquisabel, Óscar
- "Bioethics in Latin America: 1991-1993". In Bioethics *Yearbook*, Vol. 4. Regional Developments in Bioethics: 1991-1993. Edited by B. Andrew Lustig, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1995, pp. 113-135.

Teitelboim, Volodia
- *El amanecer del capitalismo y la conquista de América* [1943].

Torres Caicedo, José
- *Unión Latinoamericana* [1875].

Ugarte, Manuel
- *El porvenir de América Española* [1910].
- *La patria grande* [1922]. Buenos Aires, Coyoacán, 1961.
- *El destino de un continente* [1923].

Uribe Piedrahíta, César
- *Mancha de aceite* [1935].

Uslar Pietri, Arturo
- *Las lanzas coloradas* [1931].

Vallejo, César
- *Poemas Humanos* [1939] (póstumo).
- *España, aparta de mí este cáliz* [1940] (póstumo).

Vasconcelos, José
- *La raza cósmica* [1925].
- *Indología: una interpretación de la cultura iberoamericana* [1926].

Vaz Ferreira, María Eugenia
La isla de los cánticos [1925].

Vázquez, Rodolfo
Derecho y moral, Barcelona, Gedisa, 1998.

Villaverde, Cirilo
- *Cecilia Valdés o la loma del Ángel* [1839] (terminada en 1881).

Villoro, Luis
- *El concepto de ideología y otros ensayos.* México, FCE, 1985.

Viñas, David
- *Literatura argentina y realidad política* [1964].

Vitoria, Francisco de
- *Relecciones del Estado, de los indios, y del derecho de la guerra* [1539]. Editado por Antonio Gómez Robledo. México, Porrúa, 1974.

Walsh, Rodolfo
- *Carta abierta a la Junta Militar* [1977].

Yáñez, Agustín
- *Al filo del agua* [1947].

Zea, Leopoldo
- *En torno a una filosofía americana.* México, El Colegio de México, 1945.
- *América como conciencia.* México, Cuadernos Americanos, 1953.
- *El pensamiento latinoamericano* [1965]. Barcelona, Ariel. Edición ampliada en México, Pormaca, 1976.
- *La filosofía latinoamericana como filosofía sin más.* México, Siglo XXI, 1969.
- *Latinoamérica: emancipación y neocolonialismo.* Caracas, Tiempo Nuevo, 1971.
- *Filosofía de lo americano.* México, Nueva Imagen, 1984.
- *Convergencia y especificidad de los valores culturales en América Latina y el Caribe.* México, UNAM, 1987.
- *Descubrimiento e identidad latinoamericana.* México, UNAM, 1990.

Otras referencias

Agich, George J.
- *Responsibility In Health Care*. Boston, Reidel, 1982.

Anand, Sudhir; Peter, Fabienne; Sen, Amartya (eds.)
- *Public Health, Ethics, and Equity.* New York, Oxford University Press, 2006.

Annas, George; Grodin, Michael (eds.)
- *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*. *Human Rights in Human Experimentation.* New York, Oxford University Press, 1992.

Baker, Robert
- "A Theory of International Bioethics: Multiculturalism, Postmodernism, and the Bankruptcy of Fundamentalism"; "A Theory of International Bioethics: the Negotiable and the Non-Negotiable". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 8, Nº 3, 1998, pp. 201-231 y 233-274.

Banta, David; Behney, Clyde; Willems, Jane
-*Toward Rational Technology In Medicine*. Foreword by Senator Edward M. Kennedy. New York, Springer Publishing Company, 1981.

Bauman, Zygmunt
- *Liquid Life,* Cambridge, RU, Polity Press, 2005 (trad. española *Vida Líquida,* Barcelona, Paidós, 2006).

Bayer, Ronald; Caplan, Arthur L.; Daniels, Norman
- *In Search of Equity,* New York, Plenum Press, 1983.

Beauchamp, Tom
- *Philosophical Ethics* [1982], 2nd ed., New York, McGraw-Hill, 1991.

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F.
- *Principles of Biomedical Ethics* [1979], 1ª ed., New York, Oxford University Press. (Traducción española

de la 4ª edición de 1994, *Principios de Ética Biomédica.* Barcelona, Masson, 1999).

Beauchamp, Tom L.; McCullough, Laurence B.

Medical Ethics. The Moral Responsibilities of Physicians [1984]. New York, Prentice-Hall. (Traducción española, *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos,* Barcelona, Labor, 1987).

Beauchamp, Tom L.; Walters, Leroy

- *Contemporary Issues In Bioethics* [1978]. 3rd ed., Belmont, California, Wadsworth Publishing Company Inc., 1989.

Beckmann, Johann [1777].

- *Anleitung zur technologie.*

Berger Peter L.

- *Invitation to Sociology*. New York, Anchor Books, 1963.

Bernard, Claude

- *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* [1865].

Bernstein, Richard

- *Praxis and Action. Contemporary Philosophies of Human Activities* [1971]. (Trad. española, *Praxis y acción,* Madrid, Alianza, 1979).

Blackburn, Robin (editor)

- *Ideología y Ciencias Sociales.* Barcelona, Grijalbo, 1977.

Blank, Robert H.

- *Rationing Medicine*. New York, Columbia University Press, 1988.

Bondeson, William B.; Engelhardt Tristram, H.; Spicker, S.

- *Abortion and the Status of the Fetus*. Boston, Reidel, 1983.

Brock, Dan W.

- *Life And Death. Philosophical Essays in Biomedical Ethics*. New York, Cambridge University Press, 1993.

Brody, Baruch A.; Engelhardt Tristram, H.

- *Bioethics*. New Jersey, Prentice Hall, 1987.

Buchanan, James A.; Tullock, Gordon.

- *The Calculus of Consent. Logical Foundations of Constitutional Democracy.* Ann Arbor Paperbacks, 1962.

Buchanan, Scott

- *The Doctrine of Signatures* [1938], 2nd ed., Chicago, University of Illinois Press, 1991.

Bueno, Gustavo

- *El sentido de la vida. Seis lecturas de filosofía moral.* Oviedo, Pentalfa, 1996.

Callahan, Daniel

- *The Troubled Dream of Life. In Search of a Peaceful Death*. New York, Touchstone - Simon & Schuster, 1993. (Traducción española, *El turbulento sueño de la vida. Vivir con la mortalidad.* Buenos Aires, Editorial Almagesto, 1993).

Callahan, Daniel; Hanson, Mark

- *The Goals of Medicine. The Forgotten Issue in Health Care Reform*. Washington, Georgetown University Press, 1998.

Canguilhem, Georges

Le normal et le pathologique [1966]. París, PUF. (Traducción española: *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Siglo XXI, 1971).

Caplan, Arthur L.

- *If I Were a Rich Man Could I Buy a Pancreas? And other Essays on The Ethics of Health Care*. Indiana, Indiana University Press, 1992.

Chatelet, François

- *Historia de las ideologías*. Madrid, Zero, 1978, 2 vols.

Chodorow, N.

- *The Reproduction of Mothering: Psychoanalisis and the Sociology of Gender*. Berkeley, California, University of California Press, 1978.

Chomsky, Noam

- *Estados canallas. El imperio de la fuerza en los asuntos mundiales.* Buenos Aires, Paidós, 2001.

Cortina, Adela; Martínez Navarro, Emilio

- *Ética*, Madrid, Akal, 1996.

Cranford, R. E.; Doudera, A. E.

- *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making*. Ann Arbor-Michigan. Health Administration Press, 1984.

Dancy, Jonathan

- "Una Ética de los Deberes Prima Facie", en Peter Singer (ed.), *Compendio de Ética*, Madrid, Alianza Editorial, 1995, pp. 309-322.

Daniels, Norman

- *Just Health Care. Studies In Philosophy and Health Policy*. New York, Cambridge University Press, 1985.

Drane, James F.

- *Becoming a Good Doctor*. Kansas City, Sheed and Ward, 1988.

Duffy, John

- "II. History of Public Health", en Warren T. Reich (ed.), *Enciclopedia of Bioethics*, 2nd ed., Vol. 4, New York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, pp. 2157-2161.

Dworkin, Ronald

- *Taking Rights Seriously.* Cambridge MA, Harvard University Press, 1977.

- *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York, First Vintage Books Edition, 1994. (Traducción española, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individûal,* Barcelona, Ariel, 1998).

Engelhardt, H.Tristram [1986].

- *The Foundations of Bioethics,* 1ª ed. New York, Oxford University Press. (Traducción española de la 2ª ed., *Los fundamentos de la bioética,* Barcelona, Paidós, 1995).

Engelhardt, H. Tristram; Wildes, Kevin W.
- "Medicine, Philosophy of", en W. T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*. New York, MacMillan, 1995, 5 vols., Vol. 3, pp. 1680-1684.

Faden, Ruth R.; Beauchamp, Tom L.
- *A History and Theory of Informed Consent*. New York, Oxford University Press, 1986.

Faye, Jean-Pierre
- *Los lenguajes totalitarios.* Barcelona, Taurus, 1974.

Finley, Moses I.
- *Esclavitud antigua e ideología moderna.* Barcelona, Editorial Crítica, 1982.

Fleck, Ludwik
- *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einfuhrung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* [1935]. Thaddeus J. Trenn y Robert K. Merton (eds.), *Genesis and Development of a Scientific Fact,* University of Chicago Press, 1979. (Versión española del original alemán por Luis Meana, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento,* Madrid, Alianza Editorial, 1986).

Fletcher, Joseph; Quist, Norman; Jonsen, Albert
- *Ethics Consultation in Health Care*. Ann Arbor-Michigan, Health Administration Press, 1989.

Foucault, Michel
- *El nacimiento de la clínica,* 10ª ed., México, Siglo XXI Editores, 1985.
- "What is Enlightenment?", en P. Rabinow (ed.), *The Foucault Reader.* New York, Pantheon Books, pp. 32-50, 1984. (Versión original francesa *Que est-ce que les Lumières, Magazine Littéraire* Nº 309, abril de 1993, pp. 61-74. Traducción española, *¿Qué es la Ilustración?,* varias ediciones).

Geiger, Theodor
- *Ideología y Verdad.* Buenos Aires, Amorrortu, 1972.

Gilligan, Carol
- *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development.* Cambrige MA, Harvard University Press, 1982.
- "Moral orientation and moral development", en E. Feder Kittay y D.T. Meyers (eds.), *Women and Moral Theory*, Rowman and Littlefield, 1987, pp. 19-33.

Gillon, Raanan
- *Philosophical Medical Ethics.* Chichester, Wiley, 1985.

Gostin, Lawrence O.
- *Aids And The Health Care System.* Washington, 1990.

Gracia, Diego
- *Fundamentos de Bioética.* Madrid, Eudema, 1989.
- Historia del Trasplante de Órganos", en Javier Gafo (ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales.* Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 1996, pp. 13-32.

Grasset, Joseph
- "Rapport: Sur les principes fondamentaux de la déontologie médicale" [1900], en *Congrès international de médecine professionelle et de déontologie médicale*, Jules Glover (ed.), Paris, Masson & Cie, Compte Rendu 1er., pp. 293-371.

Gregory, John
- *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician* [1772]. The Netherlands, Kluwer Academic Publishers, 1998.

Guisán, Esperanza
- *Ética sin religión.* Madrid, Alianza, 1993.

Habermas, Jürgen
- *Teoría y praxis* [1963], 2ª ed., Madrid, Tecnos, 1990.
- *Teoría de la acción comunicativa I y II* [1981]. Madrid, Taurus, 1987 y 1989.

Hardt, Michael; Negri, Antonio
- *Imperio*. Buenos Aires, Paidós, 2002.

Hare, Richard
- *The Language of Morals* [1952].
- *Essays on the Moral Concepts* [1972]
- *Essays on Bioethics*. New York, Oxford University Press, 1993.

Hart, H. L.
- *El concepto del derecho*, 2ª ed. (trad. de G. Carrió), Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1968.

Hartmann, Nicolai
- *Ethik* [1926].

Hegel, G. W. F.
The Philosophy of Right [1821].

Hildebrand, Dietrich von
- *Ética* [1953]. Madrid, Ediciones Encuentro, 1983.

Hottois, Gilbert y Missa, Jean-Noël
- *Nouvelle encyclopédie de bioéthique.* Bruxelles, Éditions De Boeck Université, 2001.

Hume, David
- *Essays: Moral, Political and Literary.* Eugene F. Miller (ed.). Indianapolis, Liberty Fund, 1985.

Hunt, Paul
- "The Right of everyone to enjoy the highest attainable standard of physical and mental health" (Report). United Nations, 2003.

In the Matter of Karen Quinlan
- *The Complete Legal Briefs, Court Proceedings, and Decision In The Superior Court of New Jersey.* Frederick, Maryland, University Publications Of America, Inc., 1982, 2 vols.

Johnston, Kay
- *Two Moral Orientations. Two Problem-Solving Strategies: Adolescent Solutions to Dilemmas in Fables.* Harvard University, tesis doctoral inédita.

Jonas, Hans
- "Hagamos un Hombre Clónico: de la Eugenesia a la Tecnología Genética", en *Técnica, Medicina y Ética.* Buenos Aires, Paidós, 1997, pp. 109-134.

Jonsen, Albert
- *The Birth of Bioethics*. New York, Oxford University Press, 1998.

Jonsen, Albert R.; Siegler, Mark; Winslade, William J.

- *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine* [1982], 4ª ed., Nueva York, MacMillan Publishing Co., 1998.

Jonsen, Albert R.; Toulmin, Stephen E.

- *The Abuse of Casuistry*. Los Angeles, University of California Press, 1988.

Jonson, M. Glen; Symonides, Janusz

- *The Universal Declaration of Human Rights: A History of its Creation and Implementation 1948-1998.* Unesco, 1998.

Kant, Emmanuel

- *Fundamentación de la metafísica de las costumbres.* Buenos Aires, Espasa-Calpe, 1946.
- *Teoría y práctica*. Buenos Aires, Leviatán, 1984.

Kapp, Ernst

- *Líneas fundamentales de una filosofía de la técnica* [1877].

Kelsen, Hans

- *Teoría pura del derecho.* (Trad. de R. Vernengo), México, UNAM, 1979.

Kevorkian, Jack

- *Prescription: Medicine. The Goodness of Planned Death.* New York, Prometheus Books, 1991.

Kohlberg, Lawrence

- *The development of Children's Orientation Toward a Moral Order.* (1963, 1967).

Kopelman, Loretta; Moskop, John C.

- *Ethics and Mental Retardation*. Boston, Reidel, 1984.

Kuhn, Thomas

- *The Structure of Scientific Revolutions* [1962], University of Chicago Press. (Trad. española, *La estructura de las revoluciones científicas*, 1ª ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1971).

Laín Entralgo, Pedro

- *La medicina hipocrática* [1970., Madrid, Alianza Editorial, 1982.
- *El diagnóstico médico.* Barcelona, Salvat, 1982.
- *Antropología médica para clínicos*. Barcelona, Salvat, 1984.
- *El cuerpo humano. Teoría actual*. Madrid, Espasa-Calpe, 1989.
- *Cuerpo y alma. Estructura dinámica del cuerpo humano*. Madrid, Espasa-Calpe, 1991.

Leake, Chauncey D.

- *Percival's Medical Ethics*. New York, Krieger, 1975.

Lenk, Kurt

- *El concepto de ideología,* Buenos Aires, Amorrortu, 1974.

Levine, Robert

- *Ethics and Regulation of Clinical Research,* 2nd ed., New Haven, Yale University Press, 1988.

Lukács, Georg

- *Historia y conciencia de clase.* Barcelona, Grijalbo, 1975.

Lustig, Andrew

- *Regional Developments in Bioethics: 1991-1993.* The Center for Ethics, Medicine and Public Issues, Houston, Texas, 1993.

Mac Intyre, Alasdair

- *Whose Justice? Which Rationality?* Indiana, University of Notre Dame Press, 1988.

Macer Darryl, R. J.

- *Shaping Genes.* New Zealand, Eubios Ethics Institute, 1990.

Macklin, Ruth

- *Mortal Choices: Bioethics in Today's World* [1987]. New York, Pantheon Books (Trad. española, *Dilemas*, Buenos Aires, Atlántida, 1992).
- *Double Standards in Medical Research in Developing Countries.* Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2004.

Mainetti, José Alberto

- *Ética médica. Introducción histórica*. Con: Tealdi, J. C. *Documentos de deontología médica*. La Plata, Editorial Quirón, 1989.

Mann, Jonathan; Gruskin, S.; Grodin, Michael; Annas, George

- *Health and Human Rights*. New York, Routledge, 1999.

Mc Elhinney, Thomas K.

- *Human Values Teaching Programs for Health Professionals.* Pennsylvania; Whitmore Publishing Company, 1981.

Moore, George

- *Principia Ethica* [1903]. Cambridge University Press (Trad. española de Adolfo García Díaz, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1983).

Nussbaum, Martha

- *The fragility of goodness. Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy.* New York, Cambridge University Press, 1986.

Nussbaum, Martha; Sen, Amartya (eds.).

- *The Quality of Life*. New York, Oxford University Press, 1993. (Traducción española, *La calidad de vida,* México, Fondo de Cultura Económica, 1996).

Ortega y Gasset, José

- "¿Qué son los valores?". *Revista de Occidente,* 1, 1923, pp. 39-70.
- *Meditación sobre la técnica* [1933]. En J. Ortega y Gasset, *Obras completas*, Madrid, Alianza-Revista de Occidente, 1983, tomo V, p. 319.

Parfit, Derek

- *Reasons and Persons.* New York, Oxford University Press, 1984.

Pellegrino Edmund; Thomasma, David

- *A Philosophical Basis of Medical Practice*. New York, Oxford, Oxford University Press, 1981.
- *The Virtues in Medical Practice.* New York, Oxford University Press, 1993.

Percival, Thomas

Medical Ethics: A Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons [1803]. Huntington, New York, Robert E. Krieger Publ. Co, 1975.

Piaget, Jean

- *Le jugement moral chez l'enfant* [1932].

Pogge, Thomas

- *La pobreza en el mundo y los Derechos Humanos*. Barcelona, Paidós, 2005.

Popper, Karl

- *Logik der Forschung* [1935]. (Trad. inglesa, *The Logic of Scientific Discovery,* 1959. Trad. española, *La lógica de la investigación científica,* 1963).

Post, Stephen

- *Encyclopedia of Bioethics,* 3rd ed., New York, Macmillan, 5 vols., 2003.

President's Commission

- *Defining Death.* Washington, President's Commission, 1981.
- *Making Health Care Decisions*, III vols. Washington, President's Commission, 1982.
- *Screening and Counseling for Genetic Conditions.* Washington, President's Commission, 1983.
- *Deciding to Forego Life Sustaining Treatment*. Washington, President's Commission, 1983.
- *Implementing Human Research Regulations.* Washington, President's Commission, 1983.
- *Securing Access to Health Care*, III Vols. Washington, President's Commission, 1983.

Puente Ojea, Gonzalo

- *Ideología e historia: el fenómeno estoico en la sociedad antigua.* Madrid, Siglo XXI de España, 1979.

Ramsey, Paul

- *The Patient as Person. Exploration in Medical Ethics* [1970].

Rawls, John

- *A Theory of Justice.* Massachusetts: Belknap Harvard; 1971. (Trad. española, *Teoría de la Justicia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1979).

Reich, Warren T.

- *Encyclopedia of Bioethics*, 4 vols. New York, The Free Press-Simon & Schuster Macmillan, 1978.
- *Encyclopedia of Bioethics*, 2ª ed., 5 vols. New York, Simon & Shuster Macmillan; 1995.

Reichenbach, Hans

- *Experience and Prediction* [1938].

Rescher, Nicholas

- *Introduction to Value Theory,* 1968.
- *Ethical Idealism. An Inquiry into the Nature and Function of Ideals*. California, University of California Press, 1987.
- *Pluralism. Against the Demand for Consensus.* New York, Clarendon Press Oxford, 1993.

Roemer, Milton L.

- *National Health Systems of the World.* Vol. I, *The Countries,* New York, Oxford University Press, 1991.

Rorty, Richard

- *Hoffnung Statt Erkentniss: Eine Einführung in die Pragmatische Philosophie.* Viena, Passagen Verlag, 1994. (Trad. española, *¿Esperanza o conocimiento? Una introducción al pragmatismo.* Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1997).

Ross, William David

- *The Right and the Good*. Oxford, Clarendon Press, 1936.

Rossi-Landi, Ferruccio

- *Ideología,* Barcelona, Labor, 1980.

Rousseau, Jean Jacques

- *Discours sur l'origine et les fondements de l'inegalité parmi les hommes* [1755].

Scheler, Max

- *Ética* [1916]. Buenos Aires, *Revista de Occidente*, 1948.

Schuster, Félix

- *Explicación y predicción*. Buenos Aires, Clacso, 1982.

Shelp, Earl E.

- *Beneficence and Health Care*. Boston, Reidel, 1982.

Singer, Peter

- *Embryo Experimentation*. Cambridge-USA, 1993.
- *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional.* Barcelona, Paidós, 1997.
- *Compendio de ética.* Madrid, Alianza Editorial, 1995,

Spicker, Stuart F.

- *Philosophical Dimensions of the Neuro Medical Sciences*. Boston, Reidel, 1976.
- *The Law Medicine Relation: A Philosophical Exploration*. Boston, Reidel, 1981.

Stevenson, Charles L.

- *The Language of Value* [1957].
- *Facts and Values: Studies in Ethical Analysis* [1963].

Suppe, Frederick

- *The Structure of Scientific Theories* [1974]. The University of Illinois Press. (Trad. española, *La estructura de las teorías científicas,* Madrid, Editora Nacional, 1979).

Taylor, Charles

- *The Values* [1977].

The Danish Council of Ethics

- *Patenting Human Genes.* Copenhagen, The Danish Council of Ethics, 1993.
- *Assisted Reproduction - A Report.* Copenhagen, The Danish Council of Ethics, 1995.
- *Ethics and Mapping of the Human Genome.* Copenhagen, The Danish Council of Ethics, 1993.

Toulmin, Stephen

- *The uses of argument.* New York, Cambridge University Press, 1958.
- *La comprensión humana. 1. El uso colectivo y la evolución de los conceptos* [1972]. Madrid, Alianza, 1977.

- “On the Nature of the Physician’s Understanding”. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1:1, 1976, pp. 32-50.

U. S. Congress, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research

- *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.* Washington, Government Printing Office, 1979.

U. S. Advisory Committee on Human Radiation Experiments

- The Human Radiation Experiments Final Report. New York, Oxford University Press, 1996.

U. S. Departament of Energy Office. Office of Energy Research

- *Elsi Bibliography. Ethical, Legal & Social Implications of The Human Genome Project*. Washington, U. S. Departament of Energy, 1994.

United Nations

- “Rio Declaration”, en *Yearbook of the United Nations 1992*. Dordrecht, The Netherlands, Martinus Nijhoff Publishers, 46, 1992, pp. 670-72.

Veatch, Robert M.

- *Case Studies in Medical Ethics*. Cambridge, Krieger, 1977.

- *The Foundations of Justice.* New York, Oxford University Press, 1986.

- *Medical Ethics.* Boston, Jones and Bartlett Publishers, 1989.

- *The Patient as Partner.* Indianapolis, Indiana University Press, 1987.

- *The Patient-Physician Relation. The Patient as Partner, Part 2*. Indiana, Indiana University Press, 1991.

Weisz, George

- *Social Science Perspectives on Medical Ethics*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1990.

Wilson Ross, Judith

- *Handbook for Hospital Ethics Committees*. American Hospital Publishing, 1986.

World Bank

- *World Development Report: Investing in Health*. Oxford University Press, 1993.

Wulff, Henrik; Pedersen, Stig Andur; Rosenberg, Raben.

- *Philosophy of Medicine. An Introduction*. 2nd ed., Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1990.

Zaner, Richard M.

- *Ethics and the Clinical Encounter.* New Jersey, Prentice Hall, 1988.

- *Troubled Voices. Stories of Ethics & Illness.* Cleveland, Ohio, The Pilgrim Press, 1993.

Ziegler, Jean

- *El imperio de la vergüenza.* Madrid, Taurus, 2006.

Índice de colaboradores

Índice

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

M

N

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

. . . .
DICCIONARIO LATINOAMERICANO DE BIOÉTICA
En su composición se utilizaron
caracteres Charter BT 8/9,5
Formato 16,5 cm x 24 cm, páginas interiores
en propalibros blanco de 70 gramos
y carátula en propalcote de 280 gramos.
Se terminó de imprimir en Bogotá, Colombia,
el mes de febrero de 2008
en los talleres gráficos de Unibiblos,
Universidad Nacional de Colombia

Lista de publicaciones
de la colección REDBIOÉTICA

1 Estatuto epistemológico de la bioética (2005)

Bases conceituais da bioética. Enfoque latinoamericano (2006)

2 Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública (2006)

3 Panorama sobre la legislación en materia de genoma humano en América Latina y el Caribe (2006)

4 Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado (2007)

El Diccionario Latinoamericano de Bioética propone pensar la bioética como campo de entrecruzamiento de diversas disciplinas y visiones para una reflexión crítica sobre la vida y el vivir en América Latina. Con el desarrollo científico y tecnológico en las ciencias de la vida y la salud, las dificultades e imposibilidades de grandes grupos de población para alcanzar el debido estándar en su salud y calidad de vida, el impacto del deterioro del medio ambiente, y los cambios sociales y culturales de la nueva globalización, la bioética se ha constituido en uno de los campos interdisciplinarios más activos de reflexión y acción a escala mundial. En la perspectiva de 180 especialistas y expertos de la región, en este Diccionario concurren la filosofía y las humanidades, el derecho y las ciencias sociales, la medicina y las ciencias de la vida y la salud, la literatura y la cultura, y el pensamiento político de la comunidad. Así se tiene una opción amplia y plural en la construcción participativa de un campo que no se limita a un grupo reducido de expertos. El núcleo de interés común, sin embargo, son los aspectos éticos y morales, de valores, principios y virtudes, que problematizan la vida y la identidad, la integridad y la libertad, la atención y el bienestar de las personas y comunidades de la región en el marco del debido respeto de los derechos humanos. Nos interesan estos problemas porque abren interrogantes sobre el origen, el desarrollo y el final de la vida, y sobre las condiciones para vivir un proyecto de vida armónico y en justicia. Es esa visión compleja y a la vez cercana de la moral y el vivir regional la que hemos querido dar al lector. Una visión latinoamericana como la que fuera maravillosamente narrada por uno de nuestros mayores escritores:

> Sólo faltaba entonces la enumeración minuciosa de los bienes morales. Haciendo un esfuerzo supremo –el mismo que hicieron sus antepasados antes de morir para asegurar el predominio de su especie– la Mamá Grande se irguió sobre sus nalgas monumentales, y con voz dominante y sincera, abandonada a su memoria, dictó al notario la lista de su patrimonio invisible: la riqueza del subsuelo, las aguas territoriales, los colores de la bandera, la soberanía nacional, los partidos tradicionales, los derechos del hombre, las libertades ciudadanas, el primer magistrado, la segunda instancia, el tercer debate, las cartas de recomendación, las constancias históricas, las elecciones libres, las reinas de la belleza, los discursos trascendentales, las grandiosas manifestaciones, las distinguidas señoritas, los distinguidos caballeros, los pundonorosos militares, su señoría ilustrísima, la corte suprema de justicia, los artículos de prohibida importación, las damas liberales, el problema de la carne, la pureza del lenguaje, los ejemplos para el mundo, el orden jurídico, la prensa libre pero responsable, la Atenas sudamericana, la opinión pública, las lecciones democráticas, la moral cristiana, la escasez de divisas, el derecho de asilo, el peligro comunista, la nave del estado, la carestía de la vida, las tradiciones republicanas, las clases desfavorecidas, los mensajes de adhesión. No alcanzó a terminar. La laboriosa enumeración tronchó su último vahaje. Ahogándose en el mare mágnum de fórmulas abstractas que durante dos siglos constituyeron la justificación moral del poderío de la familia, la Mamá Grande emitió un sonoro eructo, y expiró.

Gabriel García Márquez «Los funerales de la Mamá Grande»


9 789587 019742